

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 64

LE TUBERCULEUX

DEVANT

LES ASSURANCES SOCIALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 décembre 1938

PAR

Henri-François FOULQUIER

Né à BÉZIERS (Hérault), le 3 décembre 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur	Président.
		PETGES, professeur	Juges.
		WANGERMEZ, professeur	
		DERVILLÉE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly, 6

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548612_0087

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 64

LE TUBERCULEUX

DEVANT

LES ASSURANCES SOCIALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 23 décembre 1938

PAR

Henri-François FOULQUIER

Né à BÉZIERS (Hérault), le 3 décembre 1900

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur	Président.
		PETGES, professeur	Juges.
		WANGERMEZ, professeur	
		DERVILLÉE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6. Place Saint-Christoly, 6

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	GREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.		id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Physiologie	PETITEAU.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Urologie	DARGET.
Accouchements	RIVIÈRE.	Botanique	GIRARD.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	FAUGÈRE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie. MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE

DE

MONSIEUR MAURICE BOETTE

Ancien Econome du Lycée de Bordeaux.

A l'affectueuse sollicitude duquel nous devons d'avoir pu entreprendre nos études médicales. Ce modeste travail n'est qu'un bien faible témoignage du souvenir ému et toujours vivace que nous gardons d'un homme qui était bon.

A TOUS CEUX QUE J'AIME, VIVANTS ET DISPARUS

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette Faculté de médecine, où je suis venu trop tard, à mon gré, je ne peux me résoudre, sans un serrement de cœur, à abandonner tous les souvenirs qu'elle renferme pour moi, souvenir de maîtres éminents et pourtant très près de nous, dont nous avons suivi avec un intérêt toujours croissant les enseignements si humains; souvenir aussi de solides et gais camarades qui insufflaient à mon esprit un peu de leur jeunesse. Aux uns et aux autres, je dis ici toute ma gratitude.

Je ne saurais pourtant manquer de remercier plus particulièrement : M. le Professeur Lande pour l'insigne honneur qu'il m'a fait de me confier ce travail d'un intérêt puissant et actuel, mais dont je crains de n'avoir pas été suffisamment digne; M. le Professeur agrégé Dervillée pour ses conseils précieux et la sympathie souriante qu'il m'a toujours témoignée. Je voudrais associer, dans un même élan de respectueuse et sincère reconnaissance, MM. les Professeurs Petges et Wangermez à qui je suis redevable à plus d'un titre, et dire au Docteur Jean Auriac, médecin résidant du Centre Bergonié, le merci affectueux que me permet notre vieille amitié.

Je voudrais encore, avant de terminer, remercier, pour l'empressement qu'ils ont eu à m'ouvrir leurs portes, à mettre à ma disposition les documents nécessaires et à m'aider de leurs conseils : MM. Cauzinille, directeur de la Caisse départementale d'assurances sociales de la Gironde, et Marsop, direction de l'Union régionale, ainsi que les Docteurs Eyraud et Raba, médecins-conseils de la Caisse départementale et de l'Union régionale.

LE TUBERCULEUX

DEVANT

LES ASSURANCES SOCIALES

INTRODUCTION

« Ce qui n'est point utile à la
ruche n'est pas véritablement
utile à l'abeille. »

(MARC-AURÈLE.)

Nous avons essayé, dans ce modeste travail, de faire une mise au point des efforts tentés par les caisses d'assurances sociales, dans la lutte contre la tuberculose. Nous aurions voulu pouvoir présenter un long résumé des résultats obtenus, mais la lutte entreprise ne l'est que depuis peu de temps. Il a fallu, en effet, toute l'admirable volonté des directeurs de caisses, des médecins-conseils, pour actionner, contre les ravages de la tuberculose, le mécanisme d'une loi qui n'était pas faite pour elle, nous voulons du moins l'espérer. Et alors que, de l'avis même des médecins contrôleurs des caisses d'union régionale et d'invalidité, elle absorbe la plus grosse part des secours nécessaires, alors que 50 p. 100 des pensions d'invalidité sont servies à des tuberculeux, la tuberculose, comme une parente pauvre, a été admise dans les cadres d'une loi, qu'elle déborde de tous côtés, mais dont la rigidité neutralise en partie les efforts entrepris. Il a donc fallu entreprendre cette lutte avec le souci constant de respecter des règles parfois mal conçues, toujours imparfaites, et créer de toutes pièces, pour une classe sociale qui paie un lourd tribut à la tuberculose, un organisme de défense que la loi de 1928 n'avait même pas

entrevu. On peut alors s'imaginer facilement les difficultés rencontrées, les efforts dispersés, les résultats lents et incomplets d'une œuvre admirable autant que nécessaire, puisqu'elle s'efforce de sauvegarder la santé d'enfants et d'hommes dans la force de l'âge. Les statistiques publiées, tant à Paris qu'en province, ne nous montrent-elles pas, en effet, que la tuberculose tue en France près de 100.000 personnes par an, qu'elle envoie dans les dispensaires un demi-million de Français, dont 13 p. 100 crachent des bacilles de Koch, qu'elle commet ses ravages les plus sérieux dans les rangs de jeunes gens de 15 ans et d'adultes de 20 à 40 ans ? Et lorsqu'on considère qu'elle frappe surtout les classes sociales soumises à la loi de 1928, et amenées à elle par les mauvaises conditions hygiéniques, les taudis, l'alcool, et la faim aussi parfois, on reste confondu en constatant que pas un article de la loi des assurances sociales n'a envisagé les moyens de lutter contre un fléau qui pouvait atteindre une grosse partie de sa clientèle.

Nous n'avons certes pas l'intention de passer au crible de la critique la loi sur les assurances. Ce n'est pas notre but. Nous voulons envisager et étudier l'action engagée par les caisses contre la tuberculose. Nous avons demandé des renseignements à la Caisse départementale de la Gironde, à la Caisse de l'Union régionale, à la Caisse d'invalidité. Partout nous avons reçu de la part des directeurs et des médecins-conseils un accueil charmant. Tous les documents ont été mis à notre disposition; les conseils éclairés nous ont été prodigués avec un empressement et une amabilité dont nous sommes heureux de les remercier ici. Il nous a été ainsi permis de constater les initiatives intéressantes, d'admirer la foi inébranlable avec laquelle tous ont entrepris la lutte. Malgré le silence de la loi, ils ont créé. Il leur reste encore à faire, et nous ne doutons pas qu'ils arrivent à un résultat, si on veut leur permettre un jour de conjuguer leurs efforts. Car c'est à ce défaut de coordination actuelle qu'est dû, selon nous, la lenteur des résultats obtenus jusqu'ici. C'est

pour essayer, dans la mesure de nos modestes moyens, de faire le point au sujet de cette coordination, que nous avons entrepris ce travail. Nous n'avons pas la prétention de résoudre un problème qui a fait couler beaucoup d'encre, et qui entraînera encore des discussions passionnées. Nous voudrions essayer de chercher les points essentiels qui pourraient permettre la mise en œuvre d'un système de secours rapide pour le malade, nous voudrions essayer de discuter les points litigieux qui dressent une barrière entre « l'Administratif » et le « Médical », en n'envisageant la question que du point de vue du malade et de son intérêt immédiat.

Et c'est dans ce but que nous nous proposons d'étudier le rôle actuel des diverses caisses dans la lutte contre la tuberculose, les divers mécanismes de prestations et de secours aux tuberculeux. Dans une deuxième partie, nous essaierons de voir, par une étude critique du système aménagé, les points qui empêchent d'atteindre à des résultats immédiats. Dans une troisième partie enfin, nous essaierons d'apporter notre faible contribution à la lutte, en étudiant succinctement les moyens à mettre en œuvre pour réaliser un travail efficace, et notamment les éléments de base nécessaires à l'édification d'un système solide, nous voulons dire : la notion de liberté individuelle et la notion du secret professionnel.

PREMIÈRE PARTIE

ORGANISATION

DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

DANS LES ASSURANCES SOCIALES

Avant d'étudier le rôle des diverses caisses dans la lutte contre la tuberculose, il nous paraît opportun de faire une étude succincte de l'organisation des assurances sociales en général. Cela nous permettra de voir comment, par la suite, les caisses ont pu entreprendre leur œuvre, et comment aussi elles ont été bridées, dans leurs initiatives, par les textes établis. Nous allons donc étudier dans un premier chapitre l'organisation des assurances sociales, et dans un deuxième chapitre nous verrons comment les caisses ont entrepris la lutte et quel rôle chacune d'elles pouvait remplir dans cette lutte.

CHAPITRE PREMIER

ORGANISATION DES ASSURANCES SOCIALES

Nous ne pouvons mieux faire, pour étudier cette organisation, que de nous reporter à un opuscule, écrit à l'usage des médecins par M. le Docteur Eyraud, *Précis d'assurances sociales*, dont nous reproduisons ici les chapitres essentiels : « La loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928, modifiée par les lois du 5 août 1929 et du 30 avril 1930 et les décrets des 28 octobre et 30 octobre 1935 et du 26 août 1936, tend à organiser un système de solidarité qui, suppléant aux principes de charité et de mutualité, fait intervenir celui de l'assurance obligatoire au bénéfice des travailleurs, avec la collaboration financière des employeurs et de l'Etat. Le précompte sur les salaires, avec responsabilité de l'employeur, est à la base du financement des caisses qui répartissent les fonds. »

Une organisation administrative, représentée par les services régionaux, surveille l'application du règlement d'administration publique et des lois, décrets, arrêts de justice pouvant la modifier.

Viennent ensuite les caisses primaires de répartition, auxquelles s'affilient à leur choix les assurés, gérées par un conseil d'administration, contrôlées par l'Etat. Leur fonction est de répartir les fonds pour couvrir les divers risques assurés. Les caisses de capitalisation ont pour mission de gérer les fonds qui couvriront le risque-invalidité, retraite, vieillesse, décès.

Les unions régionales assurent le service des soins aux invalides pour les assurés des caisses adhérentes. Elles paient pendant cinq ans les rentes d'invalidité aux lieu et

place des caisses de capitalisation. Elles subventionnent, en outre, les caisses adhérentes qui ont eu à couvrir des risques supérieurs à la moyenne, au cours des exercices écoulés, que ces caisses soient ou non dans une situation déficitaire.

La Caisse générale de garantie assure la gérance des fonds. Les caisses d'invalidité prennent en charge le paiement des pensions aux invalides, venant à l'expiration de la période de cinq ans, des caisses d'unions régionales.

Pratiquement et légalement, les médecins n'ont de rapports qu'avec les assurés qui transmettent aux caisses les documents signés par les praticiens afin de toucher les diverses prestations auxquelles ils ont droit. Le contrôle médical, dans chaque caisse, est assuré par un ou plusieurs médecins-conseils.

*Les assurés obligatoires, les assurés facultatifs,
les bénéficiaires.*

Sont assujettis les salariés des deux sexes jusqu'à l'âge de 60 ans, dont le salaire total (si l'assuré n'a pas d'enfant) ne dépasse pas 30.000 francs et n'est pas inférieur à 1.000 francs.

Les salariés sont répartis en catégories qui permettent de fixer le taux des prestations, qui varient pour l'attribution des demi-salaires et pour le remboursement de certains soins médicaux ou chirurgicaux. Peuvent être assurés facultativement et sur présentation d'un certificat médical fixant leur état de santé au moment de leur demande, les femmes non salariées des assurés sociaux et les travailleurs des professions forestière et agricole.

Bénéficient des prestations : les assurés (prestations en espèces et en nature; invalidité; vieillesse et décès); leur conjoint (prestations en nature, c'est-à-dire soins médicaux et pharmaceutiques), les enfants et les pupilles (prestations en nature). Le chômage involontaire, le service militaire des assurés, ne font pas perdre leurs droits aux divers bénéficiaires.

Les risques couverts par les caisses primaires.

Elles couvrent : le risque-maladie, accident et maladie professionnelle, ainsi qu'accident du travail, sous réserve d'avoir engagé des poursuites contre le ou les responsables; le risque-maternité; les soins aux invalides.

Le risque-maladie.

A. PRESTATIONS EN NATURE. — Est considéré comme prestation en nature, le remboursement des frais occasionnés par :

1° les visites ou consultations de médecins, chirurgiens, sages-femmes, auxiliaires médicaux, selon les tarifs de remboursement fixés par les caisses et la loi;

2° les consultations entre confrères d'une même localité ou de localités différentes;

3° les actes de petite chirurgie évalués PCx, selon les tarifs révisibles, fixés en accord entre les caisses et les syndicats médicaux;

4° les soins dentaires et la prothèse dentaire, selon les tarifs déterminés;

5° les cures thermales, les séjours dans des préventoria, camps thermaux, des placements familiaux, selon des tarifs forfaitaires ou en application de conventions avec certains établissements de soins;

6° les indemnités de déplacement calculées sur la distance qui sépare le médecin le plus rapproché du domicile du malade, selon le tarif de responsabilité des caisses.

7° Sont encore considérées comme prestations en nature les prescriptions :

a) pharmaceutiques, qu'il s'agisse de préparations magistrales ou de spécialités parmi celles qui sont portées sur la liste adoptée par les commissions chargées de l'établir, moyennant une retenue de 20 p. 100, lorsque le total de l'ordonnance ne dépasse pas 25 francs, sauf toutefois en ce qui

concerne certains produits injectables et après avis du médecin-conseil de la Caisse;

b) les appareils d'orthopédie (ceintures, bandages) sont également remboursés selon les tarifs de responsabilité des caisses;

c) les actes de grande chirurgie évalués par des Kx, d'accord avec les syndicats médicaux;

d) les recherches et examens biologiques évalués selon un tarif fixé, d'accord avec les syndicats intéressés.

Le ticket modérateur. Le libre choix. L'hospitalisation. — Le ticket modérateur est la part contributive de l'assuré pour les frais médicaux et pharmaceutiques. Elle est de 20 p. 100.

L'assuré a le libre choix du médecin ou de tel autre fournisseur de soins ou de médicaments, à moins que le praticien choisi ne soit sous le coup d'une sanction syndicale ou correctionnelle, auquel cas les frais ne lui sont pas remboursés. Tout médecin, même non syndiqué, peut être choisi, mais il doit signer la convention passée entre la caisse et le syndicat. Le fait de remplir une feuille de maladie implique *ipso facto* la convention passée. Un assuré peut changer de médecin en cours de maladie ou s'il se déplace.

Les médecins traitants peuvent diriger leurs malades sur les hôpitaux, maisons de santé de leur choix, d'urgence ou après demande d'hospitalisation. Les caisses doivent cependant toujours signer les prises en charge, sauf dans les cas où les conditions administratives n'ont pas été respectées ou quand l'assuré ne peut justifier du quantum minimum de cotisation. Elles règlent suivant leur tarif de responsabilité et selon des conventions établies en accord avec les établissements hospitaliers publics ou privés.

Les remboursements divers ne peuvent être effectués que sur présentation de feuilles de maladie acquittées, ou de reçus, et qu'entre les mains des malades ou de personnes ayant une procuration régulière. Pour éviter le tiers payant, les médecins ne sont pas réglés directement par les caisses.

Le tarif de remboursement des frais pharmaceutiques est fixé à 80 p. 100 au-dessous de 25 francs; le surplus supportera un ticket modérateur de 40 p. 100. Les produits thérapeutiques injectables autorisés par la loi du 14 juin 1934 seront tous remboursés à 80 p. 100 du tarif de responsabilité de la Caisse.

B. PRESTATIONS EN ESPÈCES. — Elles sont représentées par :

a) Les indemnités journalières payées à partir du sixième jour de maladie ou du quatrième jour, si l'assuré a, au moins, 3 enfants à sa charge, et pour les jours ouvrables; elles sont calculées d'après les versements de l'assuré. Elles diffèrent selon que l'assuré est soigné à domicile ou dans un établissement hospitalier.

b) les charges de famille qui sont représentées par des majorations au prorata des enfants vivants et non assurés.

CONDITIONS DE DROITS AUX PRESTATIONS. DURÉE. DÉCHÉANCE.

Les prestations « maladie » sont dues si l'assuré a subi par précompte sur son salaire un minimum de 30 francs dans les deux trimestres précédant celui de la première constatation de la maladie. A défaut de 30 francs dans les deux trimestres, l'assuré peut prétendre aux prestations s'il a subi sur son salaire une retenue d'au moins 60 francs dans les quatre trimestres précédant celui de la première constatation médicale de la maladie. Cependant, pour les maladies ou accidents survenus au cours du premier mois de chaque trimestre, les périodes de références sont celles antérieures aux trimestres civils précédant la maladie ou l'accident. Si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident, il n'est tenu que de justifier d'une retenue de 15 francs pendant le trimestre civil précédent.

Les soins médicaux sont dus à l'assuré, à son conjoint, aux enfants d'assurés, non salariés, de moins de 16 ans.

La durée des prestations part du premier jour de la maladie, même sans interruption de travail, et se poursuit pendant six mois. Sont comprises dans les six mois, pour un même état de maladie, les périodes pour lesquelles un intervalle d'au moins deux mois ne sépare pas les actes médicaux. Cependant, si le malade a besoin, en travaillant, de soins préventifs, il peut bénéficier, pendant deux années au maximum, de prestations spéciales, fixées par les caisses. Il en est de même pour les maladies chroniques ne nécessitant pas d'arrêt de travail. Il y a forclusion, déchéance, quand un assuré a été soigné pendant une période de six mois, pour un même état de maladie. L'assuré peut prétendre à une nouvelle période de six mois de soins à la condition qu'il ait fait constater sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption des soins, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie, et s'il en a avisé la caisse dans les huit jours. La guérison peut être constatée après le délai des six mois et la rechute existe par la suite, réservant ainsi ses droits à l'assuré.

Nous passerons sous silence le *risque-maternité*, le *risque-décès*, qui n'intéressent pas notre sujet, et nous nous arrêterons sur un point qui le concerne au premier chef : le *risque-soins aux invalides*.

Le risque-soins aux invalides.

Sont déclarés invalides, les assurés qui après une période de soins de six mois pour un même état de maladie, avec ou sans arrêt de travail pendant la durée de cette période de soins, ont une capacité de travail réduite d'au moins des deux tiers. Pour bénéficier des avantages de l'invalidité, ils doivent d'ailleurs avoir deux ans d'immatriculation au moment du premier acte médical ayant entraîné la forclusion, et avoir pendant ces deux ans subi par précompte sur leurs salaires au moins 60 francs par an.

Pendant cinq ans au moins ils ont droit aux soins médi-

caux et pharmaceutiques pour l'état de maladie ayant motivé l'invalidité, et à une pension qui supplée en partie à la suppression des demi-salaires qui ne sont plus versés.

Cette pension est calculée sur le 40 p. 100 du salaire annuel moyen de base. *Pendant la période d'instruction de l'invalidité, à dater du jour de la forclusion, les mêmes droits sont réservés aux invalides probables en ce qui concerne les soins médicaux et pharmaceutiques, mais ils ne touchent pas de pension.*

Si l'infirmité ne réduit pas des deux tiers la capacité de travail, il peut être accordé, à titre préventif, des soins médicaux et pharmaceutiques pendant deux périodes de six mois. On suspend pendant ce temps la décision relative à la pension, avec rappel possible si la pension est plus tard accordée.

Le médecin traitant a intérêt, au cours de la maladie de son client, à signaler au médecin de la Caisse si ce malade sera soigné jusqu'à sa forclusion et s'il pourra avoir droit, médicalement, à une pension d'invalidité. Au bout de six mois, il délivrera un certificat qui mentionnera si le malade a une capacité de travail réduite de plus des deux tiers et pour combien de temps selon lui.

Les pensions d'invalidité peuvent être revisées si la capacité de travail arrive à 50 p. 100 ou si l'assuré jouit, sous forme de pension et de salaire, ou de gains cumulés, de ressources au moins égales au salaire dont il bénéficiait avant d'être reconnu invalide. Dans certains cas d'amputations ou de mutilations importantes, la pension d'invalidité peut être attribuée avant la fin de la période des six mois de soins et demi-salaires. Il faut alors qu'elle soit indiscutable. Le médecin devra aussi toujours envisager la possibilité de rééducation ou d'adaptation à un autre métier.

Nous terminerons ce chapitre de l'organisation des assurances sociales en général par l'étude des moyens de contrôle mis en action. Les caisses ont toute liberté de contrôle, qu'il s'agisse des malades, des médecins et même des phar-

maciens. Ce contrôle s'exerce conjointement sur le terrain administratif et médical selon l'objet du fait surveillé. En ce qui concerne le malade, le *médecin-conseil* de la Caisse a toute latitude, eu égard aux lois déontologiques cependant, de vérifier la réalité, la durée de la maladie; l'observation des prescriptions, l'utilité de ces dernières, le nombre des visites effectuées et leur opportunité; l'importance des soins spéciaux et toutes autres choses pouvant lui permettre de vérifier la bonne foi des assurés et des médecins. Le médecin-conseil peut visiter, faire déplacer (en réglant les frais de déplacement) un assuré, faire faire tous examens cliniques ou de laboratoire qu'il juge utiles, en prévenant ou non le médecin traitant. En aucun cas, il ne peut donner des soins aux assurés sociaux de la Caisse dont il est le conseil. Cependant, l'assuré peut exiger la présence de son médecin. Cette présence est d'ailleurs à ses frais. Le médecin-conseil doit s'abstenir de parler du diagnostic porté, du traitement institué, du pronostic formulé. Il peut cependant faire des réserves, des réflexions, par écrit ou de vive voix, au médecin traitant, avec lequel il doit prendre le plus souvent possible en accord des décisions médicales ou des sanctions. Les assurés qui se refusent aux contrôles médicaux déclenchés par la Caisse s'exposent à voir leurs prestations suspendues. Le médecin traitant pourra faciliter la tâche du médecin-conseil en lui fournissant en conscience le maximum de renseignements.

Le médecin-conseil peut s'adjoindre des contrôleurs, des visiteurs, des sages-femmes, qui agissent sous sa responsabilité et sont astreints au secret professionnel. Ces personnes ne peuvent d'ailleurs que répondre à un questionnaire précis et qu'exécuter une mission déterminée. Les dispensaires antituberculeux ou antivénériens peuvent, sur demande du médecin-conseil, effectuer des examens de contrôle qui sont remboursés par les caisses.

Les commissions techniques.

En cas de conflit médical entre le médecin traitant et la Caisse d'assurance, le litige est porté devant une *Commission technique*, composée pour les cas ressortissant à la maladie : du médecin traitant désigné par l'assuré; du médecin-conseil de la caisse-maladie; d'un médecin désigné par le président du tribunal civil. Cette commission, demandée par l'intéressé suivant certaines modalités, se réunit à la justice de paix du domicile de l'assuré. Elle ne peut statuer valablement que si les membres ont été régulièrement convoqués; ses décisions ne sont valables que si le médecin-président est présent et assisté de l'un au moins des médecins des parties, l'absence de l'autre emportant acquiescement de cette partie à la décision de la Commission. La Commission s'entoure de toutes les garanties qu'elle juge nécessaires, se prononce exclusivement sur l'état du malade, l'origine de la maladie, ses rapports, la durée probable d'invalidité. Elle ne peut, en aucun cas, s'immiscer dans le traitement ou les modalités de son application.

Les cas ressortissant à l'invalidité sont portés devant une *Commission technique régionale*, au siège de l'Union régionale et composée :

- a) du médecin traitant désigné par l'assuré;
- b) du médecin désigné par la caisse-invalidité intéressée;
- c) d'un médecin désigné par l'Union régionale des caisses primaire, maladie, maternité;
- d) d'un médecin président désigné tous les ans par le premier président de la Cour d'appel, soit sur une liste de médecins experts près la Cour, soit sur une liste établie par les syndicats ou associations de médecins de la région.

Cette Commission se réunit au siège régional des assurances sociales. Elle ne peut valablement statuer que s'il y a

au moins trois membres présents, dont le président. Les décisions sont prises à la majorité des voix, et, en cas de partage égal des voix, celle du président est prépondérante. Ces décisions ne peuvent être portées en appel devant le Conseil supérieur des assurances sociales que pour les questions d'invalidité. Pour les questions de maladie, elles restent sans appel.

Contrôle technique.

Il est confié par les caisses aux syndicats professionnels qui ne peuvent pas se soustraire à l'exercice de ce contrôle, sous peine de retrait de l'habilitation. Il a pour objet la recherche et le redressement de tout abus professionnel; porte sur le nombre des visites, l'exactitude des certificats, la régularité des ordonnances, l'économie dans les prescriptions. Le Conseil de famille des syndicats pourra être appelé à prendre des sanctions contre ses membres en faute, sanctions qui vont de l'avertissement avec ou sans communication à la Caisse ayant signalé l'abus ou à toutes les caisses, jusqu'à l'exclusion, en passant par le blâme et la suspension.

Sanctions.

Le médecin-conseil signale les infractions ou abus des assurés ou des médecins. Contre les assurés, on mettra en œuvre les sanctions administratives de la suppression des prestations, du remboursement de celles-ci, ou de la traduction devant les tribunaux répressifs. Contre les médecins, en plus des sanctions demandées au Conseil de famille des syndicats, la Caisse pourra les déférer en correctionnellè, s'il y a eu faute lourde, escroquerie directe ou complicité avec assuré. Les peines encourues alors varient de l'amende avec exclusion temporaire ou définitive de la participation aux soins des assurés, à l'emprisonnement de six jours à trois mois.

CHAPITRE II

ADAPTATION DE LA LOI DE 1928 À LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Nous venons de voir rapidement le mécanisme général de la loi sur les assurances sociales. Comment les caisses sont-elles parvenues à l'adapter à la lutte antituberculeuse, c'est ce que nous allons étudier maintenant, en examinant le rôle dévolu à chacune des caisses existantes de par la loi.

Mais signalons, tout d'abord, que c'est le nombre croissant des tuberculeux venant demander l'aide des caisses d'assurances qui a montré combien était imparfait et étroit le cadre que le législateur avait construit à l'usage des travailleurs, surtout lorsque ceux-ci, et ils se sont avérés, hélas ! trop nombreux, étaient porteurs de bacilles de Koch.

Les administrateurs, les médecins-conseils, se sont émus alors et ont compris l'impérieuse nécessité qu'il y avait à organiser un barrage systématique aux progrès du fléau. Sous quelle forme pouvait-on entreprendre la lutte, en ménageant à la fois l'intérêt du malade, l'avenir financier de la Caisse, et en respectant les principes fixés par la loi ? On a essayé d'y parvenir en s'inspirant de la règle suivante, qui est celle des assurances sociales et qui garantit les intérêts en jeu, du moins relativement : « Traiter les tuberculeux et les rendre le plus rapidement possible en mesure de reprendre le travail. » Nous avons parlé de *garantie relative*; nous verrons par la suite le bien-fondé de notre affirmation.

Avec un malade assuré social atteint d'une affection tuberculeuse, les deux formes de la maladie peuvent se présenter.

Ou bien on se trouve en présence d'une bacillose évoluant de façon aiguë, et restant ainsi dans le cadre des autres maladies aiguës que les caisses primaires ont à connaître, avec, malheureusement, pour la première une solution rapidement funeste qui simplifie la situation. Combien de malades atteints de granulie, de méningite bacillaire, qui ne franchissent pas le délai des six mois de traitement imparti à ces caisses ! Ou bien, l'autre forme se présente, la bacillose chronique contre laquelle on peut faire un effort, que l'on peut espérer arrêter dans sa marche tragique. C'est elle seule qui va retenir notre attention, car c'est son extension, la lenteur de son évolution parfois, parfois sa marche inexorable vers la mort qui conditionne les efforts entrepris par toutes les initiatives, qu'elles soient privées ou publiques.

Nous savons que les caisses créées par la loi des assurances sociales sont de trois ordres : les caisses primaires, les caisses d'union régionale, les caisses d'assurance-invalidité. Nous allons voir quel est le rôle de chacune d'elles dans la lutte antituberculeuse.

I. — *Rôle des caisses primaires.*

Les caisses primaires sont créées soit par l'Administration sous la forme de caisses départementales, soit par l'intermédiaire des initiatives privées : syndicats, corporation, etc. Elles reçoivent les assurés des catégories de travailleurs dont le traitement est inférieur ou égal à 30.000 francs. A ces assurés, à leur famille, elle sert, comme nous l'avons vu, les prestations en nature, sous la forme de soins médicaux et pharmaceutiques, et, ceci pour les assurés seulement, en espèces sous la forme du paiement du demi-salaire pendant six mois, sous condition d'une quotité de versement prévue par la loi, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent.

Au tuberculeux en traitement chez le médecin de son choix, la Caisse primaire applique la règle commune. Dans le cas de tuberculose à forme aiguë ou suraiguë, qui laisse

la science médicale désarmée, elle se bornera à contrôler les feuilles de maladie et à payer les frais prévus et le demi-salaire pendant la période de temps nécessaire. Il en sera de même, dans le cas de tuberculose décelée à ce que l'on convient d'appeler les premiers symptômes, et le médecin-conseil de la Caisse ne pourra exercer son action qu'indirectement, le médecin traitant étant toujours libre de se réfugier derrière le secret médical. Nous verrons, dans une autre partie, ce qu'il faut penser, à notre humble avis, de cette faculté. La Caisse primaire paiera, en outre, à ces assurés tuberculeux le demi-salaire jusqu'au moment où, la période de six mois étant expirée, la Caisse d'Union régionale les prendra en charge.

De ce que les caisses primaires ont la responsabilité de leurs assurés malades pendant les six premiers mois de la maladie, il s'ensuit que les autres caisses, pendant le même laps de temps, ignorent totalement ces assurés, et que, par conséquent, dans la lutte entreprise contre la tuberculose, tout ce qui peut être tenté du point de vue de la prévention, du dépistage, reste pour la plus grosse part à la charge de ces caisses. On voit déjà les difficultés que rencontreront certaines caisses à adhérents peu nombreux, si, soucieuses de leur rôle social, elles veulent entreprendre quelque chose.

Par contre, les caisses primaires à gros effectifs pourront attacher leur renom à une belle œuvre de préservation, et nous en connaissons qui ont déjà mis « sur le chantier » des réalisations fort intéressantes : centres de dépistage, colonies de vacances. Et ce sera, dans l'avenir, la charge en même temps que la gloire des caisses primaires d'essayer de sauver « la plante qui lève », puisqu'aussi bien c'est là surtout que doit porter l'effort dans cette lutte pour la vie.

II. — *Rôle des caisses d'Union régionale.*

Les unions régionales sont formées par l'entente entre diverses caisses d'un ou de plusieurs départements. C'est ainsi

que l'Union régionale qui siège à Bordeaux étend son activité sur les départements de la Gironde, du Lot-et-Garonne, des Landes, des Basses-Pyrénées et de la Dordogne. Elles sont organisées suivant des statuts et un règlement d'administration intérieure types, arrêtés par le ministère du Travail, après avis du Conseil supérieur des assurances sociales, statuts et règlements notifiés à toutes les caisses adhérentes. Elles sont alimentées, financièrement, par les remises de gestion que leur allouent, sur leur propre fond de gestion, les caisses fédérées, en proportion des ressources de ces caisses.

Les unions prennent en charge, pour une période de cinq ans, les malades dont les caisses d'assurance-maladie ne peuvent plus s'occuper, après les six mois de traitement et de demi-salaire prévus par la loi. C'est dire qu'elles ont affaire à des malades chroniques, à des blessés graves s'acheminant vers une invalidité dont le taux, fixé par le médecin traitant, devra être apprécié et contrôlé par elle. Le médecin traitant, s'il juge que son client est frappé d'une affection qui laissera subsister une invalidité, doit aviser l'Union régionale, dans les délais fixés par les règlements, pour permettre à celle-ci d'étudier le cas, de donner son avis et de constituer le dossier du demandeur.

Les charges qui incombent à ces caisses ? Toujours les prestations en nature, suivant des modalités prévues, et pour le malade seul, les prestations en espèces, mais ici, sous la forme d'une pension d'invalidité, pas sous celle du demi-salaire. Les unions régionales ne constituent donc, en quel que sorte, qu'une filiale des caisses d'assurance-invalidité, un trait d'union entre ces dernières et les caisses primaires, et nous verrons, en étudiant les caisses d'invalidité, les principes qui président à l'attribution des pensions.

Du point de vue qui nous intéresse, il est facile de se rendre compte du rôle que peuvent jouer les unions dans la lutte antituberculeuse. Elles ont à s'occuper de malades chroniques, évolutifs. A elles donc d'organiser les moyens de

défense contre ces formes de tuberculose. Alors que les soins de la prévention incombent aux caisses primaires, les unions vont avoir à créer les sanatoria, ou à passer des conventions avec les maisons de santé existantes, pour permettre le traitement de leurs malades. C'est encore à elles que va incomber la charge de suivre les malades en traitement, de constater les progrès, d'ordonner la chirurgie du poulmon jugée nécessaire. D'où la nécessité pour elles de pouvoir organiser des services de contrôle modernisés, puisque, somme toute, leur est réservée dans cette lutte la part la plus délicate, qu'il s'agisse du malade ou de l'opinion publique, la plus décourageante aussi parfois. Nous avons vu, à Bordeaux, les efforts entrepris par le Directeur de l'Union régionale assisté de M. le Docteur Raba, médecin-conseil de la Caisse; nous avons admiré les conceptions du contrôle radiologique de M. le Professeur Wangermez, et nous sommes persuadé qu'avec le temps, l'œuvre des unions, à peine venue à la vie aujourd'hui, mais conçue comme elle l'est en Gironde, donnera des résultats intéressants.

III. — *Rôle des caisses d'invalidité.*

Les caisses d'assurance-invalidité continuent le rôle des caisses d'union régionale, à l'expiration des délais de cinq ans impartis à ces dernières. Elles prennent en charge, passé ce délai, les malades reconnus invalides et leur servent la pension d'invalidité jusqu'au moment de la liquidation de la pension-vieillesse.

En ce qui concerne la tuberculose, l'action des caisses d'assurance-invalidité n'est donc que le prolongement de l'action des unions régionales, et ne peut être que cela. Mais ce que nous voulons étudier ici, à leur propos, c'est le mécanisme de l'attribution de la pension d'invalidité.

Le décret du 19 mars 1936 portant règlement d'administration publique pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935, nous donne, dans son chapitre III, article 28, et

dans son chapitre IV, articles 29 et suivants, tous les renseignements nécessaires. Nous allons les énumérer et en exposer la substance dans les lignes qui vont suivre, nous réservant, dans une autre partie de ce travail, le soin d'en faire une étude critique.

L'article 28 du chapitre III établit des dispositions communes à l'assurance-maladie et invalidité et fait obligation à la caisse-maladie, de signaler les assurés « dont la maladie, déclarée depuis plus de deux mois, laisse présager une invalidité future ou paraît exiger des soins spéciaux, tels qu'un traitement dans les établissements de prévention ou de cure, ou une intervention chirurgicale ». Il fixe que ces soins « peuvent être donnés, d'un commun accord, entre ces organismes, par la caisse-maladie, à charge de remboursement d'une partie des frais par l'organisme à qui incombe la charge de l'assurance-invalidité ».

Le chapitre IV, dans ses articles 29, 30, 31, établit les rapports des caisses d'assurance-invalidité et vieillesse, donne la marche à suivre par un assuré, pour obtenir la constitution d'un dossier le concernant et faire valoir ses droits au bénéfice de l'assurance-invalidité. Les articles 32, 33 et 34 concernent le taux de l'invalidité, et parce qu'ils sont intéressants à connaître, nous allons les reproduire *in extenso* :

« ART 32. — La caisse d'assurance-invalidité statue dans un délai de un mois à compter de la date à laquelle la demande lui a été transmise par la caisse-maladie. Elle apprécie, notamment, en se conformant aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935, si l'affection ou l'infirmité dont l'assuré est atteint réduit au moins des deux tiers sa capacité de travail. Elle décide également, lorsque l'intéressé est déjà titulaire d'une rente en vertu de la législation sur les accidents du travail, si l'aggravation est ou non imputable à la caisse qui a ouvert le droit à la rente. Elle notifie ses décisions par lettre recommandée, avec demande d'avis de réception, à l'intéressé et

à l'Union régionale, à qui incombent les prestations pendant les cinq premières années suivant l'entrée en jouissance de la pension.

§ 2. — Au cas où l'assuré continue de travailler ou *reprend le travail*, la capacité de travail restante visée à l'article 10, § 2, du décret-loi du 28 octobre 1935, est appréciée, compte tenu du montant du salaire ou du gain perçus par l'assuré.

» ART. 33. — Lorsqu'à la fin du délai de six mois, l'assuré reste atteint d'une affection ou d'une infirmité ne réduisant pas au moins des deux tiers sa capacité de travail, mais laissant présager une invalidité future, l'Union régionale et la Caisse d'assurance invalidité peuvent s'entendre, en application de l'article 10, § 11, du décret-loi du 28 octobre 1935, pour accorder à titre de soins préventifs les prestations en nature pendant un délai de six mois, en suspendant, pendant le même délai, la décision relative à l'attribution de la pension. Cette mesure peut être exceptionnellement renouvelée pour un nouveau délai de six mois au maximum. La pension à servir à l'assuré dont l'incapacité au cours du délai accordé devient au moins égale aux deux tiers ne prend effet qu'à partir du premier jour du mois qui suit la date où cette condition se trouve remplie.

» ART. 34. — Si le médecin-contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité constate que la capacité de travail de l'invalidé pensionné est supérieure à 50 p. 100, cette caisse suspend ou supprime la pension, soit immédiatement, soit à partir d'une date qu'elle fixera dans sa décision. Elle décide en outre s'il y a lieu de continuer les soins. Elle notifie cette décision à l'assuré et éventuellement à l'Union régionale si l'assuré est encore à la charge de celle-ci, ainsi qu'à la Caisse d'assurance-maladie, s'il y a lieu.

» Pendant les cinq premières années d'attribution de la pension d'invalidité, l'Union régionale peut, sur les constatations faites par son médecin-contrôleur, demander la suspension ou la suppression de ladite pension à la Caisse d'assurance-invalidité.

» La décision de la Caisse d'assurance-invalidité suspendant ou supprimant la pension d'invalidité ou les soins peut être contestée dans les conditions prévues dans les articles 35 et suivants... »

Nous nous bornons à citer les articles de ce règlement sans les commenter. Mais, d'ores et déjà, on devine la difficulté qu'il y a à adapter ces règles au traitement de la tuberculose. Ou on les respecte, et c'est alors tout le problème du traitement efficace qui se pose; ou on les néglige et on risque de se trouver en butte à des abus difficilement répressibles. Nous ne voulons pas aller plus loin dans la discussion, ni même l'entreprendre. Nous nous sommes borné à exposer dans cette première partie l'organisation générale des assurances sociales et leur adaptation actuelle à la lutte antituberculeuse. Nous allons maintenant étudier les points faibles; ou ceux que nous estimons tels, de cette loi qui, mieux conçue, pouvait ouvrir la voie à une bien belle œuvre.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CRITIQUE DU SYSTÈME AMÉNAGÉ PAR LES ASSURANCES SOCIALES

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre, dans cette partie de notre travail, une critique générale de la loi sur les assurances sociales. Il y en a eu, et faites par des personnes autrement qualifiées. Nous voulons simplement, en nous cantonnant à l'étude de notre sujet, essayer de trouver les points discutables de cette loi en ce qui concerne les tuberculeux.

Si l'on considère les efforts tentés, en France et dans le monde, pour lutter contre la bacillose, il est pénible de constater que le législateur, statuant bien après que ces efforts eurent été entrepris, n'ait pas cru devoir s'inspirer des nécessités, prévoir que, s'adressant à une classe laborieuse victime du taudis, de mauvaises conditions de vie et de fâcheuses habitudes d'intempérance, il faut bien le dire aussi, cette loi qu'il votait aurait à s'appliquer à beaucoup de tuberculeux, et en réserver une partie à l'étude des moyens propres à lutter contre la tuberculose, jetant ainsi des bases qui auraient pu servir, par-delà les assurances sociales, à une coordination utile des efforts déjà tentés pour diminuer et tenter de faire disparaître ce fléau. Il y avait une mise au point à faire, le législateur ne l'a pas faite.

Bien plus, rien dans les divers articles de la loi ou des règlements qui en ont suivi l'application ne s'adresse à la tuberculose, et on ne l'envisage qu'incidemment, lorsqu'il

est question d'interventions chirurgicales, ou lorsque l'invalidité oblige un malade à un « séjour dans des établissements de cure ». On peut admettre que c'est peu pour une affection qui, de l'avis même des médecins-conseils, atteint un pourcentage important des assurés qui demandent le secours des unions régionales et des caisses d'invalidité.

En outre, laissant à l'initiative et aux possibilités des directeurs de caisse et des médecins-conseils le soin d'évoluer, dans le cadre de la loi, au mieux des intérêts de tous, ceux-ci se sont trouvés parfois gênés par des règles fixées, de façon trop précise, par la loi. Ainsi la notion d'invalidité, son taux, sa tarification, ont soulevé des problèmes qui se résolvent d'autant plus difficilement qu'est plus importante et délicate la tâche que l'on veut entreprendre; des discussions qui s'arrêtent d'autant plus malaisément qu'autour des intéressés se trouvent des termes de comparaison plus précis. Que penser, en effet, des différences de tarifs appliqués, pour une même lésion, à un tuberculeux de guerre et à un tuberculeux assuré social ? Que dire d'un article de loi qui traduit, en termes mathématiques, une lésion bacillaire ? Nous voudrions essayer de faire, de ces deux points, une étude critique, car nous sommes de ceux qui, avec M. le Professeur Lande, ne peuvent pas comprendre.

I. — *La notion d'invalidité.*

Nous ne nous proposons pas d'entreprendre ici une étude juridique, qui serait hors de notre sujet, de cette notion d'invalidité. Mais, du fait qu'elle se développe dans toute son ampleur à l'occasion des problèmes posés devant les assurances sociales, nous voulons essayer d'étudier les principes sur lesquels elle est basée, puis nous l'envisagerons, dans le cadre des assurances sociales, pour tout ce qui concerne le taux et la quotité appliqués aux assurés sociaux.

LE PRINCIPE DE LA NOTION. — Nous serons brefs en ce qui touche à ce paragraphe. Nous définissons ainsi l'invalidité :

« l'état d'un individu dont les moyens ont été amoindris du fait d'une cause inhérente à sa volonté ou indépendante d'elle, et qui a pour résultat de le mettre en état d'infériorité vis-à-vis de ses semblables. » Examinons la cause de l'invalidité; elle est inhérente à la volonté de l'invalidé parfois : c'est la mutilation volontaire qui peut amener, par des voies illégales, à l'invalidité. Elle est surtout indépendante de la volonté : c'est l'accident, la maladie, la blessure. Quel que soit le cas envisagé, il y a toujours diminution des moyens et état d'infériorité vis-à-vis des autres. Cet état d'infériorité est caractérisé par une diminution des moyens physiques, ou une diminution des moyens de travail. D'un côté, désavantage social et surtout personnel; de l'autre, désavantage personnel et surtout social. (Nous verrons par la suite, à propos de la quotité de la pension, que les assurances sociales n'ont pas suffisamment envisagé, dans leur notion de l'invalidité, ce désavantage social qui atteint plus loin que l'invalidé tuberculeux.) Ainsi, malgré une base de départ identique, on arrive, suivant l'importance que l'on donne à l'une ou l'autre conception, à des applications tout à fait différentes, et, en un sens, contradictoires. C'est ce qui s'est passé avec la loi de 1928 sur les assurances sociales. Les deux premières ont envisagé le préjudice causé par le dommage physique; la dernière au contraire, en vertu de son principe de la récupération des travailleurs, a surtout envisagé la diminution de capacité de travail. M. le Docteur Raba, médecin-conseil de l'Union régionale de Bordeaux, dans un remarquable article sur la notion d'invalidité, écrit à ce sujet : « ... Chez ces deux dernières catégories d'invalides en effet (accidentés du travail et blessés de guerre), la rente est versée pour indemniser un préjudice causé. Il s'ensuit qu'elle est attribuée quelles que soient les ressources du bénéficiaire et quel que soit le pourcentage de l'invalidité reconnue. Son montant est proportionnel au dommage subi... En matière d'assurances sociales, au contraire, le caractère d'indemnisation en réparation d'un préjudice

causé est nettement écarté. La pension est accordée au malade pour lui assurer un minimum vital lorsqu'il ne peut plus travailler, c'est-à-dire, dès qu'il présente 66 p. 100 d'invalidité, sans qu'il y ait lieu de rechercher si son affection est consolidée ou en cours d'évolution. La rente est la même quel que soit le quantum de l'invalidité. Elle est provisoire et cesse dès que le malade a retrouvé au moins 50 p. 100 de sa capacité de travail. Le décret-loi du 28 octobre 1935 dispose que la pension d'invalidité des assurés sociaux est accordée, rejetée, suspendue ou supprimée en fonction de la capacité de travail du malade... ». Le même auteur cite, dans ce même article, les termes d'une circulaire du 27 novembre 1937, concernant les assurés qui continuent à travailler. Nous la reproduisons, sans commentaire immédiat, nous réservant de la reprendre plus loin : « ... quel que soit le taux d'incapacité physique, ce taux ne saurait prévaloir contre les données de fait lorsque l'assuré continue à travailler ou a repris le travail et bénéficie effectivement d'un salaire ou d'un gain, et cela même si la profession nouvelle n'a aucun rapport avec la situation antérieure. » Ainsi donc, nous sommes en présence de deux conceptions opposées, puisque, d'un côté, l'accidenté du travail, le blessé de guerre, ont un droit acquis à la réparation du préjudice causé; de l'autre, l'assuré social se voit aidé momentanément, en tenant compte de sa capacité de travail perdue, par une pension qui lui assure un « minimum vital », à condition que son invalidité lui interdise tout travail. La circulaire du 27 novembre 1937 est formelle à cet égard.

Pour résumer le point de vue des assurances sociales sur la question, il convient de dire qu'après une période de six mois où il reste, avec demi-salaire et soins, à la charge de la caisse-maladie, le malade est pris en compte par les caisses d'union régionale, pendant cinq ans, et d'invalidité ensuite, qui lui servent une pension d'invalidité essentiellement révocable ou suspensive, sous réserve que sa capacité de travail soit diminuée des deux tiers et reste toujours infé-

rière à 50 p. 100. Nous nous demandons comment on peut, dans le domaine de la tuberculose, appliquer, sans interprétations « acrobatiques », une telle loi.

LA NOTION D'INVALIDITÉ ET LA TUBERCULOSE DANS LES ASSURANCES SOCIALES. — Le problème de l'invalidité chez les tuberculeux est difficile à résoudre, parce que les éléments donnés pour le discuter ne correspondent pas aux réalités. Il faut que le taux de l'invalidité prévu par la loi soit modifié; que l'on se rapproche de la conception où la lésion physique et fonctionnelle joue un rôle plus important que la capacité de travail, et ce pour des raisons d'ordre social; que l'on puisse élargir, vers la prévention, les limites de l'invalidité, que l'on arrive à fixer la guérison apparente, en tenant compte du cas d'espèce du tuberculeux, mais sans perdre de vue la tuberculose. Nous allons envisager la question de l'invalidité du point de vue de la quotité et du taux.

II. — *Le taux de l'invalidité.*

Les statistiques des diverses unions régionales ont montré que les deux tiers des pensions d'invalidité étaient servis pour affections tuberculeuses. Or, ces invalidités sont calculées toujours en fonction du taux de 66 p. 100 d'incapacité de travail fixé par la loi. N'y a-t-il pas quelque chose d'excessif à fixer, de façon tellement mathématique, une limite à une affection aussi polymorphe que la tuberculose ? N'y a-t-il pas quelque chose de choquant, du point de vue purement humain, à exiger d'un tuberculeux une capacité de travail diminuée des deux tiers, pour l'autoriser à se « sauver » ? Ne peut-on pas supposer qu'il sera un peu tard pour secourir un malade qu'une énergie exceptionnelle ou des nécessités vitales laisseront attaché à son travail, alors que le mal, lentement, le ronge ? On nous dira que le médecin est là pour parer au danger. Soit. Mais faut-il encore que le malade vienne le consulter, et en l'état actuel de la

législation, rien ne peut l'obliger à le faire, qu'une défaillance physique. Il faut penser aussi à ceux chez lesquels aucun signe précoce ne laisse prévoir l'évolution du mal. N'avons-nous pas vu, dans le service de M. le Professeur Mauriac, un jeune homme de 27 ans, entré à l'hôpital pour troubles intestinaux, et chez lequel seul un examen complet, comme on les pratique à l'hôpital, révéla quelques râles au sommet gauche. Par ailleurs, pas d'amaigrissement, pas de fièvre, pas de toux. L'image radiologique montre *une amputation presque totale* du tiers supérieur du poumon. Et pourtant ce malade, que nous connaissions bien, n'avait en rien ralenti sa faculté de travail; son « rendement social » n'était pas diminué des deux tiers. C'est donc seulement à l'hôpital qu'on pouvait donner à ce malade une pension d'invalidité. Mais depuis quand était-il atteint ? N'est-ce pas là tout le problème de la prévention qui se pose et qu'est bien loin de résoudre le taux imposé ?

Et le médecin traitant qui soigne un malade ne présentant que des signes cliniques douteux, va-t-il penser à la tuberculose, et, s'il y pense, osera-t-il, devant les exigences d'un pareil taux, prétendre que son client aura besoin, dans six mois, du secours des unions régionales ? Ou alors, on s'expose, dans le domaine de la tuberculose, à appliquer abusivement ce taux d'incapacité, et à lui enlever, de ce fait, toute la valeur sociale que l'on a voulu lui donner.

Qu'au contraire, on élargisse les limites de ce taux, que l'on permette aux médecins de considérer, comme un invalide possible, un malade ou même un prédisposé dont la capacité de travail n'est, pour ainsi dire, pas encore atteinte; que l'on fixe à ce degré d'invalidité un taux de 10 ou 20 p. 100, par exemple, on envisage, du même coup, toute la prévention, car, une marge qui s'étendra de 20 à 70 p. 100 permettra de porter son attention à des cas qui paraissent anodins et ne dévoilent leur gravité que lorsqu'il est souvent trop tard. C'est d'ailleurs là qu'est le véritable problème de la tuberculose, et cela s'appelle le dépistage précoce. De

plus, le médecin praticien pourra, sans arrière-pensée, demander le contrôle radiologique et biologique d'un malade qu'il hésite à « étiqueter », sans crainte d'être considéré ou comme timoré, ou peut-être comme complaisant. Par ailleurs, la suppression de cette barrière brutale, son remplacement par une échelle plus souple de taux divers, ne pourrait-elle pas permettre de suivre la marche du mal, et d'instituer un système de pension d'invalidité variable avec le degré et s'atténuant au fur et à mesure qu'une rééducation professionnelle bien conçue ramènerait le malade vers une vie de travail normale ?

A considérer le taux de 66 p. 100, on arrive à se convaincre que le législateur n'a voulu intéresser, n'a désiré faire prendre en charge par les assurances sociales que des tuberculeux, sans s'occuper de la tuberculose. Et partant de cette conception fausse, il n'a pas jugé utile d'envisager la question sous un autre angle, que l'angle général. Parce qu'enfin, il faut attendre pour intervenir qu'un tuberculeux soit dans l'impossibilité physique de travailler, ou s'expose à transformer la pension d'invalidité en « une aide momentanée à incurable ». Ou alors, il faut tourner la loi et donner une interprétation tendancieuse au taux légal. Dans ce cas, pourquoi ne pas modifier simplement ce qui est à modifier. Enfin, à méconnaître, à cause d'un chiffre, le rôle de la prévention et de la postcure, on s'expose à voir augmenter sans cesse le nombre de ceux qui deviendront invalides. On ne fait pas œuvre sociale, et pour avoir voulu ignorer la tuberculose on augmente la liste des tuberculeux. On met enfin dans l'embarras de discussions fort graves, puisqu'il s'agit avant tout de vies humaines, les médecins et les experts chargés d'appliquer des mesures qu'ils admettent sans les approuver.

On se demande encore, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un tuberculeux, si d'autres éléments, et notamment un élément d'ordre social, ne doivent pas entrer en ligne de compte, en même temps que les deux ordres de facteurs

dont parle le Docteur Raba dans son article *Comment évaluer le taux d'incapacité du travail chez l'assuré invalide* : l'incapacité physique et les possibilités de gains compatibles avec cet état physique et pour l'appréciation desquelles on fait intervenir l'âge, la profession nouvelle ou ancienne, son caractère, ses dangers. Cet autre élément serait constitué par le péril que peut faire courir à ses semblables un tel malade. Ne serait-il pas alors plus prudent de donner une place un peu plus importante aux signes physiques et fonctionnels, aux résultats biologiques et radiologiques, bactériologiques aussi, plutôt que de s'obstiner à examiner la diminution de la capacité de travail ou les possibilités de gains ? Notre opinion se trouve renforcée encore par l'étude d'une série d'observations de malades assurés sociaux, encore jeunes, et réduits à l'invalidité avec pronostic réservé, pour des lésions certainement antérieures à la loi sur les assurances sociales, mais qu'une mise en œuvre rapide de la prévention doit empêcher de revoir actuellement. Nous reparlerons d'ailleurs, à propos de la quotité de pension, de ces malades.

Nous serons plus bref sur les moyens de fixer la fin de l'invalidité, la guérison apparente. Nous nous bornerons à citer les textes qui dominent la matière, et à en extraire quelques considérations. Deux articles d'un décret-loi du 28 octobre 1935 régissent la question.

Le premier est l'article 6, § 13, ainsi conçu : « lorsqu'il y a interruption des prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater, sur la feuille de maladie en cours, au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie, et s'il a avisé la caisse dans les huit jours. Il en est de même si l'assuré établit que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a précédemment motivé l'attribution des prestations. »

L'article 10, § 7, est le deuxième : « Le service de la pension peut être suspendu en tout ou partie, en cas de

reprise du travail, en raison du salaire ou du gain de l'intéressé, dans les conditions qui seront fixées par le règlement d'administration publique. La pension est supprimée ou suspendue si la capacité de travail devient supérieure à 50 p. 100. En cas de contestation, la capacité de l'intéressé est appréciée par la commission instituée, etc. »

Enfin un troisième texte, le Règlement du 19 mars 1936, chapitre IV, article 34, précise que : « Si le médecin-contrôleur de la Caisse d'assurance-invalidité constate que la capacité de travail de l'invalidé pensionné est supérieure à 50 p. 100, cette caisse suspend ou supprime la pension soit immédiatement, soit à partir d'une date qu'elle fixera dans sa décision. Elle décide, en outre, s'il y a lieu de continuer les soins. »

Des deux derniers textes il ressort un point commun qui s'explique mal lorsqu'il s'agit de tuberculeux. C'est encore et toujours la reprise du travail. Nous savons que la loi de 1928 n'est pas une loi d'hygiène, mais une loi de travail; qu'il est naturel, par conséquent, que toutes les notions qu'elle contient gravitent autour de cette idée; pourtant nous aurions voulu qu'elle envisageât autant le danger constitué par le tuberculeux ayant repris le travail avant stabilisation complète que le travail lui-même. Aussi, en étudiant les moyens de lutte, demanderons-nous le vote d'une loi nouvelle. En outre, comment fixer, pour une telle affection, la capacité de travail récupérée ? A vouloir suivre la loi, on peut s'exposer à des surprises. « Nous pensons, écrit le Docteur Raba dans un article dont il a bien voulu nous confier la primeur, ce dont nous le remercions sincèrement, que cette question doit être envisagée avec toute la prudence et l'attention qu'elle mérite; en mettant à l'appui de sa décision médicale tous les éléments cliniques, radiologiques et biologiques éprouvés, et j'ajouterai toute sa conscience, le médecin-conseil n'aura peut-être pas alors trouvé la solution idéale, absolue, mais celle qui se rapprochera le plus d'une solution équitablement humaine. » Et nous partageons entiè-

rement cet avis. Comme lui, nous admettons que cette fixation est délicate, qu'elle nécessite qu'on prenne toujours en considération les lésions bacillaires et le bacille lui-même, le terrain (courbe de poids, état des appareils hépato-digestif, cardio-rénal, pulmonaire), la progression du tuberculeux. Et même alors l'hésitation est peut-être encore admise. Nous verrons, dans la dernière partie de ce travail, les moyens détaillés envisagés pour essayer d'apporter un peu de clarté dans ce problème aussi important pour le malade que pour la société.

III. — *La quotité de l'invalidité.*

C'est à propos de la quotité de l'invalidité peut-être que se révèle le plus l'insuffisance de la loi de 1928, que l'on parvient à se convaincre le mieux de la façon dont elle a envisagé l'invalidé tuberculeux. Assimilé, par elle, à un invalide ordinaire, le tuberculeux a été complètement « isolé de sa cause », et elle s'est bornée à secourir un cas d'espèce, sans prêter attention à la maladie en général. Aussi nous retrouverons, tout au long de ce chapitre, les mêmes principes qui ont présidé à la fixation du taux et à l'établissement si imparfait de la quotité. Envisagés du point de vue administratif pur, le taux et la quotité sont assis sur des bases solides, il faut le reconnaître; du point de vue social, c'est une hérésie. Et nous avons la faiblesse de croire que le problème du tuberculeux est un problème social avant tout. On nous opposera que relever la quotité de la pension d'invalidité, s'efforcer de traiter la tuberculose elle-même par tous les moyens possibles, c'est faire courir à la gestion financière des caisses un grave danger. Nous ne le croyons pas, et pensons même que permettre à un tuberculeux un parfait rétablissement et la sauvegarde des siens, c'est non seulement faire œuvre salubre et humaine, mais c'est aller vers des économies certaines dans l'avenir.

Nous nous proposons de faire une étude comparée des

moyens donnés aux malades atteints de lésions tuberculeuses; par les assurances sociales, par le service des pensions militaires et par les compagnies d'assurances. Il nous est impossible de comprendre ces dernières dans notre étude, car leurs barèmes sont actuellement l'objet d'une révision qui ne sera terminée que dans quelques mois. Force nous est donc de borner notre travail aux quotités de pension servies par les assurances sociales et les pensions militaires.

LE RÉGIME DES PENSIONS MILITAIRES. — Ce régime respecte le principe établi dans la définition de l'invalidité et dans la fixation de son taux. Nous savons qu'il en fait une réparation du préjudice causé, qu'il envisage surtout la lésion physique et l'infériorité qu'elle entraîne. Il en résulte deux points essentiels intéressants : la pension constitue un droit acquis pour son titulaire, indépendamment de toute considération de fortune ou de travail. Une simple demande, s'il est obligé de cesser son travail, suivi de l'examen d'une commission, lui ouvre « un droit aux soins », sous la forme d'une indemnité spéciale de 10.000 francs. On voit déjà la différence avec le système suivant qui exige une cessation préalable du travail. Le deuxième point, c'est que ce droit acquis est variable avec le taux de l'invalidité. Le résultat de ce régime se traduit par des quotités de pension qui, partant de 13.000 francs, peuvent atteindre 27.000, en passant par les chiffres intermédiaires de 18.000 et 23.000 francs. Avec de telles pensions, un tuberculeux peut se soigner et subvenir aux besoins d'une famille dont il peut sauvegarder la dignité. Mais ce qui est remarquable, dans la loi des pensions, c'est que l'on a compris qu'en ce qui concerne le tuberculeux, un régime spécial s'imposait, et le décret-loi d'août 1924 est venu apporter les améliorations indispensables. Rien de semblable n'est encore intervenu pour les assurances sociales.

LE RÉGIME DES ASSURANCES SOCIALES. — Par opposition au précédent, ce régime ne s'occupe que du tuberculeux lui-

même, sans envisager la tuberculose. Il laisse de même dans l'oubli la famille du malade. C'est que, d'après les principes admis par les assurances sociales, l'invalidité ne se rapporte qu'à la diminution de la capacité de travail. La lésion physique n'est que peu de chose. Le tuberculeux ne compte que comme un facteur de travail qui, momentanément, est incapable de produire le rendement normal qui lui est demandé et que la société exige de lui, s'il veut vivre. La conséquence de cette conception, c'est l'attribution d'une pension, pour ainsi dire « personnelle », essentiellement révocable, en dehors de toutes autres considérations sociales de famille ou de nécessités; c'est la pension indépendante du taux de la lésion, puisque la lésion intervient peu, mais étroitement liée à la capacité de travail. De ce fait, la quotité de pension est immuable, comme est immuable le taux de 66 p. 100, et ne varie qu'en fonction des versements opérés par l'assuré avant sa maladie. On voit par là, immédiatement, tout le drame, lorsqu'on sait que la tuberculose frappe précisément des adultes jeunes qui n'auront pas eu le temps matériel de faire, avant la maladie, les versements suffisants qui pourraient leur permettre de toucher le chiffre maximum de pension prévu. Il en résulte qu'un malade se voit attribuer une pension dont la quotité varie de 800 à 4.600 francs, ce dernier chiffre ne pouvant être normalement presque jamais touché par un tuberculeux d'âge moyen. Et ceci concerne évidemment les malades qui veulent se soigner. Avec cette somme donc, il ne doit pas travailler, il doit faire vivre sa famille et subvenir à ses frais d'hospitalisation en établissement de cure, pour partie au moins. Le paragraphe 8 de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 décide, en effet, « qu'en cas d'hospitalisation, l'indemnité à laquelle l'assuré peut prétendre est réduite de :

- 1/3 si l'assuré a un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ou s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge;
- 1/2 s'il est marié sans enfants;
- 3/4 s'il est célibataire.

Ceci, nous semble-t-il, se passe de commentaires, et nous ne calculerons pas ici, par le menu, l'aide matérielle qu'un malheureux hospitalisé peut apporter aux siens s'il veut remplir son devoir filial, ou s'il a simplement accompli son devoir social. Nous nous bornons à rapporter les paroles, prononcées au XV^e Congrès national de la Fédération nationale des blessés du poumon, en 1938, par M. Edmond Trimat : « ... Il est incontestable qu'il est injuste de diminuer la pension d'un invalide, déjà insuffisante, lorsqu'il est hospitalisé, surtout que bien souvent il laisse à son foyer une femme et des enfants sans autres ressources. C'est au Parlement de faire une loi... » (Rapport sur « Mutilés et assurances sociales ».) Nous sommes de cet avis, certes, et nous reprenons l'argument de M. Trimat, en ajoutant qu'il laisse au foyer une femme et des enfants que son mal a pu déjà gagner, ou qui vont avoir tout au moins besoin d'un surcroît de précautions, d'une alimentation généreuse pour parer à une contagion latente toujours possible. Ont-ils les moyens de le faire, alors que la mère de famille, remplaçant au foyer le mari disparu, va être obligée de travailler, et d'amoindrir peut-être, de ce fait, les soucis aidant, sa résistance physique ? N'est-elle pas une porteuse saine de bacilles virulents, qu'elle va contribuer à répandre, bien involontairement, dans le milieu où les nécessités vont l'appeler à vivre maintenant ?

Mais un problème plus grave encore se pose, du point de vue social, lorsqu'il s'agit d'un malade qui ne veut pas arrêter son travail ou qui ne le peut pas, par suite de l'insuffisance de sa pension. Les médecins l'ont mis en garde, lui ont montré la nécessité d'un repos complet, d'une cessation immédiate du travail. Sa santé est à ce prix. Il ne s'y résout pas parce que parfois il sent en lui comme un besoin factice d'activité, parce que parfois il veut conserver une place, parce que aussi, le plus souvent, il prévoit ce que vont devenir les siens. (Nous rapportons dans nos observations IV et VIII deux cas de malades qui, fortement positifs, n'ont

pas voulu s'incliner devant les arguments médicaux.) N'est-il pas, ce tuberculeux, un danger public, et son obstination n'est-elle pas conditionnée peut-être par les conditions matérielles qui lui sont proposées ? Telles sont les difficultés d'ordre familial et d'ordre social que crée une quotité de pension insuffisante.

Un troisième ordre de difficultés existe, croyons-nous, du fait de l'appréciation du retour de la capacité de travail à 50 p. 100, c'est-à-dire du moment où l'aide des caisses d'invalidité sera retirée au tuberculeux. Le point est d'autant plus délicat qu'il implique, pour l'assuré privé de secours, un effort supplémentaire nécessaire, malgré son état de santé, pour parvenir à donner à sa capacité de travail, immédiatement, son rendement maximum. D'où les imprudences possibles, et les rechutes certaines, mais aussi, hélas ! souvent aggravées. Ce point est d'ailleurs jugé d'importance par tous ceux qui s'occupent de la question, si l'on en croit les discussions auxquelles il donne lieu et que rapporte, dans son article sur *La fin de l'invalidité*, le Docteur Raba : « ... Dans la pratique et pour transformer en actes médicaux ce texte légal (il s'agit de l'article 10 du décret-loi du 28 octobre 1935 cité plus haut), certains médecins préconisent non seulement une action des plus prudentes, et nous les comprenons bien, mais encore une abstention systématique et bien arrêtée de toute décision. Certains voudraient que le tuberculeux pulmonaire invalide bénéficie de sa pension, « x » années au moins; d'autres vont plus loin encore et, dans leurs rapports d'invalidité, n'hésitent pas à demander la révision médicale d'une pension de tuberculeux pulmonaire au bout de cinq ans seulement. Ce serait là, sans nul doute, une simplification peut-être heureuse de la tâche de certains d'entre eux et la solution radicale du problème... » Le critère de la cessation de l'invalidité, c'est la stabilisation des lésions depuis un certain temps. Soit. Mais quel temps ? N'y a-t-il pas lieu de multiplier tous les examens nécessaires, surtout pendant cette « période

ambiguë » où l'évolution s'est arrêtée et où la stabilisation se constitue, pour éviter de voir revenir à la société un malade comme celui de notre observation III qui, réformé militaire pour bacillose reconnue en 1920, est resté dans une administration jusqu'en 1924, date de son hospitalisation dans un sanatorium.

Nous étudions, par ailleurs, les moyens susceptibles de contribuer à donner une solution à cette période dangereuse, socialement, qu'est la « fin de l'invalidité ». Quant à la modification des conditions matérielles offertes aux malades, nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de la chercher, d'abord dans une interversion complète de la nature même de la pension, ensuite dans des modalités nouvelles de son taux et par suite de sa quotité. Interverision de la nature même de la pension qui ne serait plus attribuée au malade personnellement, mais à sa famille. Cela constituerait la contrepartie logique de l'obligation, faite au tuberculeux, de se soigner, obligation dont nous parlons dans un autre chapitre. Elle ne serait plus une aide personnelle, mais un secours social avec toutes ses conséquences : la pension étant « d'ordre social », seul l'intérêt de la famille déshéritée entre en ligne de compte; elle est encore indépendante des versements effectués par le malade. Sous quelle forme la concevoir ? Elle pourrait être constituée par une indemnité principale, uniforme pour un taux donné d'invalidité, à laquelle viendrait s'ajouter une indemnité annexe de charges de famille. Et c'est ici qu'intervient l'utilité d'un taux d'invalidité variable, allant, par exemple, de 20 à 70 p. 100. Au fur et à mesure que le malade reviendrait à la santé, son taux d'invalidité diminuerait en même temps que la quotité de sa pension, relative à l'indemnité principale qui est seule liée au sort de ce taux. Lorsque ce taux arriverait à être inférieur à 20 p. 100, c'est-à-dire lorsque l'invalidité aurait disparu, le principal de l'indemnité aurait disparu aussi, mais il subsisterait toujours l'indemnité annexe pour charges de famille. Cela devrait se passer

lorsque le tuberculeux aurait récupéré une capacité de travail égale à 50 p. 100, c'est-à-dire à cette période dangereuse de la « guérison apparente ». A ce moment-là donc, le malade étant considéré comme pouvant fournir un travail ralenti qui lui permette de vivre ainsi que sa femme, on supprimerait ou on suspendrait, pendant une période à prévoir, l'indemnité principale. Et pour que la charge de ses enfants ne l'oblige pas à des imprudences, on laisserait subsister, pendant un temps qui pourrait aller jusqu'à cinq ans, l'indemnité annexe. Ainsi se trouveraient sauvegardés les intérêts du malade et ceux de la famille, et par suite de la société, dans la mesure où cette dernière peut trouver un avantage à la lutte antituberculeuse et au problème de la natalité. Nous savons qu'une telle mesure peut engendrer des abus. Un contrôle sérieux les limitera à des cas très rares, faciles à supprimer. Il serait illogique que, pour cette seule raison, une majeure partie de malades honnêtes fût privée d'un secours indispensable. Ce secours, qui donnera aux tuberculeux la tranquillité morale, la foi dans la guérison aussi, qui lui sont nécessaires au même titre que les médicaments, on ne peut le refuser; on ne peut refuser de le dispenser de la meilleure façon possible. Nous connaissons les bases d'ordre moral qui ont servi à la confection de la loi sur les assurances sociales. Nous savons qu'on a voulu associer le travailleur à l'œuvre de prévoyance entreprise pour lui, en vertu de l'adage : « Aide-toi toi-même. » Nous ne demandons pas, pour sa guérison, les taux de pension alloués aux victimes de la guerre. Il y a, pour ces derniers, un « prix du sacrifice » qui garde toujours sa valeur. Cependant, si l'on considère qu'entre les taux supérieurs des pensions il y a une différence, pour des lésions de même ordre, du simple au sextuple; lorsqu'on considère que les tuberculeux de guerre qui vivent encore, ils sont rares au fait, n'ont plus grand chose à craindre, pour eux, de leurs lésions sclérosées, on peut se demander s'il n'y a pas un moyen terme, qui pourrait être appliqué aux assurés sociaux dans l'intérêt de tous.

A l'appui de notre argumentation précédente, nous allons donner un aperçu de quelques observations concernant des malades, pensionnés militaires et assurés sociaux, hospitalisés au Sanatorium Xavier-Arnoz, dans le service de M. le Docteur Secousse, qui a bien voulu nous permettre de compiler les dossiers qu'il possède, ce dont nous le remercions ici. Nous n'avons malheureusement pas trouvé des cas de tuberculeux de guerre, comme nous l'aurions voulu, et nous nous en excusons. Nous espérons que des quelques renseignements donnés suffiront à éclairer notre thèse.

A. — Pensionnés militaires.

OBSERVATION I.

R..., 31 ans, entré dans le service le 31 janvier 1936. Très bien portant jusqu'à l'âge de 20 ans.

A partir de ce moment, amaigrissement progressif, fatigue. Il tousse, crache. Envoyé à l'hôpital militaire, réformé. Rentre chez lui, reste pendant trois ans dans un état de fatigue extrême, ne pouvant absolument rien faire. Crache et tousse. Sueurs nocturnes. En 1928, moins fatigué, reprend son travail, qu'il exerce facilement, avec pourtant de temps à autre un point douloureux au sommet gauche. Tousse moins qu'au début, ne crache plus, appétit conservé. Marié, une femme, une fille bien portantes.

Rien dans les antécédents personnels ou collatéraux.

Début de l'affection qui l'amène au sanatorium deux mois avant.

Signes cliniques. — Etat général satisfaisant, mais adénite cervicale discrète. Point de côté sous-claviculaire gauche persistant, avec légère dyspnée. Tousse le matin, crache peu. A l'auscultation, les vibrations passent moins à gauche, expiration prolongée. Quelques frottements quelques râles sous-crépitaux.

Signes radiologiques. — Sclérose et calcification, légère grisaille des sommets. Cœur en position normale.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats négatif.

OBSERVATION II.

M... (Marius), 23 ans, entré le 30 novembre 1935. Le début de la maladie remonte à octobre 1932, pendant son service militaire. Il est réformé. Bien portant pendant deux ans.

En juin 1935, il maigrit, s'essouffle, est fatigué, il tousse et a, dans l'année, deux hémoptysies avec température. Puis il perd du poids. Hospitalisé à Saint-Nicolas, puis au Sanatorium Xavier-Arnozan. Dans ses antécédents personnels, rougeole et pleurésie. Pas d'antécédents collatéraux.

Signes cliniques. — Pas de mauvais état général, à peine fébrile. Perte de poids, anorexie. A l'auscultation : thorax bien conformé respirant bien. Respiration soufflante. Obscurité respiratoire relative. Râles fins disséminés, après la toux.

Signes radiologiques. — Sclérose, avec grisaille des sommets, gauche surtout. Cœur gros.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats négatif.

OBSERVATION III.

B... (Léon), 51 ans, entré le 28 novembre 1938, après avoir fait à peu près le tour de tous les établissements de cure du pays. A 19 ans, interrompt ses études, par suite de fatigue générale. On le recalcifie. Pendant la guerre, gazé deux fois, en 1915 et 1918, à l'ypérite, provoquant congestion pulmonaire et hémoptysie.

Antécédents collatéraux. — Père mort de phtisie galopante à 37 ans.

En 1920, hospitalisé à Cahors, en vue de l'obtention d'une pension. Crachats positifs. Transféré au Val-de-Grâce où la bacillose est reconnue. Réformé définitivement, il entre dans l'Administration de l'assistance publique, où il reste jusqu'en 1926. Pendant ce temps, bronchite chronique; le malade tousse, crache, perd du poids (5 kilos en un an), fait de la température, perd l'appétit, a de la diarrhée. De 1926 à 1937, il passe aux Sanatoria de Bel-Air, près de Tours, où on lui fait trois tentatives infructueuses de pneu-

mothorax droit qui provoquent des hémoptysies; de Perpignan, de Nice, de Fréjus, d'Antibes, de Cannes, de Clermont-Ferrand. Il entre au Sanatorium Xavier-Arnoz, après être resté, d'août à novembre, à l'Hôpital Saint-André.

Signes cliniques. — Le malade conserve un état général satisfaisant; cependant, il tousse, crache, dort mal, n'a pas d'appétit. Téguments et muqueuses décolorées. Céphalées et douleurs de la tête et de l'épaule droite. Dyspnée d'effort et de décubitus, sueurs nocturnes, point de côté droit.

Signes radiologiques. — Sclérose, grisaille dans toute l'étendue des poumons.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats positif.

B. — Assurés sociaux.

OBSERVATION IV.

G..., 26 ans, entré le 4 mai 1938. Marié, 1 enfant mort à 16 mois de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Une pleurésie à l'âge de 12 ans. Fait son service militaire à Angers, où il surveille, pendant quatre mois, une salle de tuberculeux. La maladie débute, au printemps de 1937, par une grippe traînante. Il continue son travail jusqu'en octobre, s'arrête un mois et demi, mais *refuse d'entrer au sanatorium*, et continue son travail encore pendant un mois. S'arrête en janvier 1938, et entre à l'Hôpital Saint-André.

Signes cliniques. — Asthénie, tousse le matin, expectoration peu abondante, mais purulente, sueurs nocturnes, appétit diminué, amaigrissement considérable (17 kilos en huit mois); température à 38-39 degrés.

Signes radiologiques. — Sclérose des deux poumons, grisaille des sommets.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats positif.

OBSERVATION V.

J..., 48 ans, entré le 20 juin 1938. Forme surtout scléreuse, aussi scléro-congestive de la moitié supérieure gauche, peu évolutive, non infectante, le côté droit paraît bon. Bien portant jusqu'en janvier 1938. Rhume traînant, toux matinale sans expectoration au début. Continue le travail pendant quatre mois. Une enfant de 13 ans, bien portante.

Signes cliniques. — Fatigue, anorexie, amaigrissement. Pas de sueurs, toux et expectoration muqueuse, aérée. Petites hémoptysies. A l'auscultation, respiration un peu voilée et rude, avec quelques râles fins expiratoires.

Signes radiologiques. — Légère sclérose, grisaille du poumon gauche. Cœur normal.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats positif.

OBSERVATION VI.

G..., 37 ans, entre le 16 décembre 1937. Père et mère vivants et bien portants. Un oncle mort à 24 ans de pleurésie ayant duré quatre mois. Marié. Un enfant vivant bien portant. Pas malade jusqu'en 1930. Passe cinq visites pour service militaire, est refusé pour faiblesse de constitution. En 1930, deux congestions pulmonaires à deux mois d'intervalle. En 1937, grosse bronchite qui exige une radiographie.

Signes cliniques. — Tousse, crache, température subfébrile, maigrit. Etat général médiocre, dyspnée, pas d'hémoptysie, pas de sueurs nocturnes. A l'auscultation, respiration soufflante.

Signes radiologiques. — Sclérose et grisaille des sommets et de la partie moyenne du poumon droit.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats positif.

OBSERVATION VII.

Ch..., 26 ans, entré pour la première fois le 2 mars 1933. Rien dans ses antécédents. Passe sa jeunesse à la campagne, vient à

Bordeaux en 1930 et occupe une chambre petite et mal aérée. En décembre 1931, il a un gros rhume avec frissons et sueurs, toussant beaucoup, souffrant du côté gauche. N'a pas cessé son travail, n'a pas vu de médecin. En août 1932, occupe un poste très fatigant, fait de la température le soir. En février 1933, se sentant très fatigué, mais sans diminution de poids, va voir un médecin qui le fait diriger sur la consultation de M. le Professeur Leuret, qui l'admet au sanatorium.

Signes cliniques. — Bon état général, mais perte de poids. Température du type rémittent, oscillant entre 37 et 38 degrés. Asthénie marquée, touse et crache beaucoup, anorexie. Thoracoplastie nécessaire, par suite de la persistance des lésions et de leur résistance au traitement. Faite en 1935, avec un premier temps, le 26 juin, un deuxième le 18 juillet.

Signes bactériologiques. — Examen des crachats toujours positif.

OBSERVATION VIII.

(Extraite d'un article du Dr RABA, publié dans le *Bull. médico-social*, oct. 1938.)

V..., 35 ans, chauffeur d'auto. Pensionné pour tuberculose pulmonaire, cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement confirmée, traité en sana, amélioré, non guéri. 4.200 francs de pension par an. Malgré les conseils des médecins, a repris son travail « pour ne pas perdre sa place » et gagne ainsi plus de 1.000 francs par mois.

Vu au cabinet de l'Union régionale le 18 mai 1938. A maigri de 20 kilos, dyspnée d'effort, sueurs nocturnes, gros souffle à l'auscultation. Bref, évolution tuberculeuse grave, avec pronostic très sombre à bref délai.

Examen radiologique. — Poumon droit : Hile empâté, fortes marbrures et points fibreux d'apparence cicatricielle. Poumon gauche : Base claire, tiers supérieur du champ pulmonaire infiltré et semé d'images nodulaires d'apparence évolutive.

N. B. — La pension, en cas de reprise du travail, et quel que

soit l'état physique de l'assuré, est suspendue administrativement, parce qu'il ne peut y avoir légalement cumul de pension et d'un salaire supérieur.

Nous avons rapporté cette dernière observation, pour montrer le danger social que constitue un malade, qui, insuffisamment pensionné, est obligé de reprendre son travail.

IV. — *La prévention et la postcure.*

Nous n'en dirons que quelques mots dans cette étude critique. Elles n'ont pas été envisagées par la loi et si quelque effort a été fait dans ce sens, on le doit aux initiatives et aux possibilités financières des directeurs et des médecins-conseils des caisses. Seulement, toutes les caisses ne peuvent s'offrir un tel « luxe », et devant de telles difficultés, on se demande s'il n'y aurait pas avantage, pour tous les assurés, à rassembler sous une seule direction toutes les caisses d'un département. On éviterait ainsi de voir les malades traités de façon différente, suivant que la caisse à laquelle ils appartiennent est riche ou pauvre. De plus, le silence de la loi de 1928 sur tout ce qui concerne la prévention et la postcure vient étayer encore notre opinion, que l'on n'a pas envisagé la tuberculose en général, mais simplement le tuberculeux en tant que malade ordinaire.

En résumé, notre critique de l'organisation des assurances sociales, en ce qui touche à la tuberculose, se résume à une critique de la loi de 1928 et des principes qu'elle a posés pour définir l'invalidité, son taux et sa quotité. Il nous paraît que l'on pourrait modifier ses principes pour permettre une application plus humaine de la loi et une mise en œuvre plus logique de la lutte antituberculeuse.

TROISIÈME PARTIE

LES MOYENS A METTRE EN ŒUVRE POUR RÉALISER UNE LUTTE VICTORIEUSE CONTRE LA TUBERCULOSE DANS LE CADRE DES ASSURANCES SOCIALES

Dans cette dernière partie de notre travail, nous allons essayer de développer certaines conceptions personnelles. Nous n'avons pas, nous le répétons, la prétention de « créer du nouveau ». Nous voulons, dans la faible mesure de nos possibilités, reprendre une question qui nous a toujours intéressé et l'envisager sous un angle objectif. Nous nous excusons, par avance, si nos idées vont à l'encontre parfois de principes établis. Nous n'avons voulu voir, dans les développements qui vont suivre, que l'intérêt général et l'intérêt des malades. Nous ne ferons que dresser un plan de ce qui pourrait être fait, à notre humble avis. Nous diviserons cette étude en deux parties distinctes. Dans la première, nous parlerons des deux notions qui servent, à notre sens, de base à tout système de lutte antituberculeuse dans le cadre des assurances sociales : la liberté individuelle et le secret médical. Dans la deuxième, nous aborderons le problème lui-même sous la forme d'une contribution schématique à l'étude des moyens à mettre en œuvre pour obtenir le résultat recherché.

CHAPITRE PREMIER

LES BASES

I. — *La notion de liberté individuelle.*

Parmi les problèmes que pose la lutte contre les maladies chroniques, et notamment la tuberculose, celui de la liberté individuelle apparaît comme devant occuper la première place. Les principes d'individualisme prônés par les philosophes de la deuxième moitié du XVIII^e siècle, et sanctionnés par la Déclaration des droits de l'homme de 1789, ont toujours gardé en France, à travers les remous politiques et sociaux du XIX^e siècle, la valeur d'un axiome. Ni les courants socialistes issus des doctrines économiques de Karl Marx et Proudhon, pour ne citer que ceux-là, ni les essais d'application de ces doctrines par les mouvements révolutionnaires de 1848 et de la Commune de 1871, ni les régimes absolutistes des Napoléon, ne purent entamer ce concept, qui avait, depuis près d'un siècle, poussé ses racines jusqu'au plus profond de l'âme française. Et depuis la constitution de 1875, les manifestations de rues, pas plus que les campagnes de presse n'ont pu obliger le législateur à oublier ou à contraindre cet individualisme, trop ancré qu'il est dans le cœur de ceux-mêmes qui se réclament le plus des doctrines étatistes ou marxistes. Il suffit, en effet, d'étudier les discussions et les textes de la loi sur les syndicats, de la loi sur la grève, de la loi sur la convention individuelle ou collective de travail, de la loi sur la presse pour se rendre compte de la part faite là encore à la liberté individuelle.

Même de nos jours, on voit bien ce que deviennent les mouvements qui ont voulu étouffer ou simplement ignorer la conscience individualiste. Dans le domaine du droit, c'est la même chose. Le code civil érige cet individualisme en articles, et toute la jurisprudence qui en a découlé, malgré les époques, malgré la personnalité des juges, en a fait une application *constante*.

Il est donc, à première vue, périlleux d'examiner cette notion, à propos des moyens de lutter contre la tuberculose, et de vouloir essayer d'en atténuer la portée, pour arriver à donner toute son ampleur à la victoire de la société sur la maladie. Et c'est pourquoi, dans les développements qui vont suivre, nous dirons, simplement mais franchement, notre opinion, sans avoir la prétention d'innover ou l'inconscience de « créer ». Ni le cadre de cette thèse, ni la personnalité de son auteur, ne nous le permettent. Nous voulons étudier la question avec la plus grande objectivité.

Quels sont les problèmes posés, en effet, par la lutte contre la tuberculose ? Ils sont au nombre de deux, dans le cas qui nous intéresse : a) la préservation de l'individu atteint; b) la sauvegarde de la société dans laquelle il vit. Ces deux problèmes qui, à première vue, peuvent paraître différents sont, au contraire, intimement liés, et c'est pour cela que l'impression qui subsiste, lorsqu'on les considère, c'est que l'on ne peut résoudre le premier sans toucher au second, mais qu'il est matériellement impossible de donner une solution heureuse au second si l'on n'a pas résolu le premier. Et ainsi se trouve portée au premier plan la question de la liberté individuelle. Il faut, de toutes façons, préserver l'individu atteint.

PRÉSERVER L'INDIVIDU ATTEINT. — Là encore, deux façons de concevoir la question. On va être appelé à le préserver avec son assentiment ou contre son gré. Dans le premier cas, il est inutile de soulever de grandes discussions. La liberté individuelle, si elle paraît atteinte à première vue, ne l'est

pas en fait, puisque l'on a le consentement de l'intéressé qui se plie volontairement aux exigences de son sort. C'est ce cas que nous rencontrons dans la plupart des sanatoria où les classes aisées envoient leurs malades. Débarrassés de tous soucis, sans crainte du lendemain, les malades se plient aux rigueurs de la thérapeutique qui leur est imposée. C'est ce cas aussi que nous rencontrons dans les classes plus modestes qui peuvent se permettre, par le truchement de l'aide apportée par des sociétés mutualistes ou des œuvres sociales, d'observer l'inactivité que l'on exige des malades. Dans le deuxième cas, on a affaire à des gens qui ne peuvent pas se permettre le luxe d'un long traitement et, par suite, d'un *manque* à gagner, soit qu'ils aient trop de charges, soit qu'ils aient eu *peu* de sagesse ou de moyens pour se mettre à l'abri d'une maladie imprévisible. Cette catégorie, depuis la création des assurances sociales, ne devrait plus exister, d'ailleurs, mais nous avons déjà vu comment certaines nécessités, jointes à l'insuffisance de l'aide apportée, pouvaient obliger un convalescent instable à reprendre un travail qu'il aurait dû abandonner définitivement, et à s'acheminer, ce faisant, vers un désastre. Il y a encore les inconscients, et, dans ce groupe, nous comprenons : d'une part, les malades à intellect diminué; d'autre part, les malades qui s'ignorent, tuberculeux pléthoriques paraissant jouir d'une santé excellente, vieux tousseurs, l'espèce la plus dangereuse du point de vue social. Comment convaincre ces individus qui « toussent depuis toujours », de la nécessité qu'il y a, pour eux et pour leurs semblables, à se soigner; comment leur faire admettre qu'ils sont les responsables de la mort des êtres qui leur étaient chers ? Et il nous revient à l'esprit la lamentable histoire contée, à son cours remarquable d'hygiène, par M. le Professeur Leuret, de ce père de famille à l'aspect floride et qui, pourtant, avait envoyé au tombeau ses enfants, sa première et sa deuxième femme. Que le médecin se révolte à la pensée des ravages causés et veuille obliger ce malheureux à se soigner,

il ne sera pas entendu. Bien mieux, on lui fera la réputation d'un médecin alarmiste, peut-être. Qu'il se borne à des conseils énergiques, mais vains, sa conscience professionnelle pourra s'estimer satisfaite, sa conscience d'homme le sera-t-elle ? Et pourtant, il est désarmé, il ne peut rien contre la mauvaise volonté du malade. Que son ascendant personnel ne joue pas, il est arrêté dans son action par la nécessité de respecter le secret médical, par son impuissance à limiter la liberté de l'intéressé, *donc*, le danger qu'il fait courir aux autres. Il est impossible, en résumé, dans l'état actuel des choses, de soigner, contre son gré, un individu atteint. Nous savons toute l'influence morale que peut avoir le médecin sur ses malades, et nous savons qu'elle a pu parfois opérer des miracles, en faisant accepter par des gens entêtés et fermés à la compréhension les moyens thérapeutiques propres à enrayer le mal. Pourtant, cette seule force morale n'est-elle pas un peu aléatoire ?

SAUVEGARDER LA SOCIÉTÉ. — C'est ce deuxième point qui, dans la question qui nous intéresse, est de la plus grande importance, et c'est à son propos que se pose le plus directement la question de la liberté individuelle. Il constitue tout le problème de la médecine sociale. Le tuberculeux, à certain degré de son mal, crée autour de lui une sorte de « zone de contagion », qui essaimera autour d'elle, comme un nodule tuberculeux essaime dans les tissus avoisinants. Nous savons, certes, par les résultats de la cuti-réaction, *positive à partir d'un certain âge, chez 97 p. 100 des sujets*, que tous les individus sont porteurs du germe, que leur organisme a entrepris, contre le bacille de Koch, une lutte de tous les instants, et que le tuberculeux avéré ne sera dangereux, par les microbes virulents qu'il répand autour de lui, qu'autant qu'il provoquera, chez les voisins, une exacerbation des germes dont ils sont déjà porteurs, ou une réaction de défense trop violente. Mais il y a aussi le milieu favorable à cette hypersensibilisation des voisins, qui est créée par les condi-

fions de vie, de dénutrition. Or, ces conditions de vie, qui ont, la plupart du temps, contribué à amener l'intéressé au point où il se trouve, ne sont-elles pas partagées, le plus souvent, par la cellule même de la société, constituée par sa famille immédiate ? Et ainsi apparaît le premier maillon d'une chaîne qui va être traînée, de proche en proche, par un nombre toujours croissant de victimes, de la famille vers le reste de la société, dans un bruit de marche funèbre. Comment expliquer, en effet, le développement de la tuberculose dans des régions de montagne, comme certaines vallées pyrénéennes, chez des gens du pays vivant en plein air, d'une vie saine, sinon par une contagion venue d'ailleurs ? Il faut donc essayer de préserver et la famille et la société. Les tristes histoires que nous rapportons plus haut sont une bien pénible illustration de cette nécessité.

Et tout aussitôt se pose la question cruciale : le danger que constitue le tuberculeux est-il assez grand qu'il puisse nécessiter, sous une forme ou sous une autre, une atteinte à la liberté individuelle ? Le besoin de préserver la famille et la société peut-il justifier une mesure propre à limiter cette liberté ? L'intérêt même du malade exige-t-il une telle décision ? Tels sont les trois points de vue médical, social et individuel, sous lesquels, nous semble-t-il, peut se discuter le problème.

Nous ne reprendrons pas, à travers les siècles, l'historique des moyens plus ou moins barbares employés contre les malheureux atteints de maladies « maléfiques », nous ne retracerons pas les procédés admis à des époques où la dignité humaine existait, certes, mais où l'on en faisait facilement fi, lorsqu'une société apeurée par des superstitions, incompréhensibles de nos jours, imposait au pouvoir des mesures inhumaines, et nous ne voulons concevoir ni le « barathrie » des Spartiates, ni la crécelle des lépreux, ni, plus près de nous, l'emprisonnement pur et simple des aliénés. Le point de vue médical, est, nous le croyons, très net. Le tuberculeux constitue un danger très sérieux pour la famille, pour

la société, pour l'avenir même de la race, et ce sont les médecins qui ont provoqué toutes les mesures prises pour lutter contre la tuberculose; ce sont les médecins qui ont secoué la torpeur des pouvoirs et inspiré les lois d'hygiène, qui, tout au long du début de ce siècle, ont développé la prophylaxie contre toutes les maladies, et notamment contre la tuberculose. Ce sont leurs efforts, jamais découragés, qui ont abouti à la création des œuvres de prévention et de cure, de protection de l'enfance. Ils étaient mieux placés que quiconque pour constater les dangers. Ils ont engagé la lutte et continuent à la soutenir.

Et la société, elle ? Elle a vécu longtemps inconsciente des dangers qui la menaçaient à chaque instant. Elle a continué à vivre, à espérer, à souffrir, à aimer, ignorante qu'elle était d'un mal « qu'elle ne réalisait pas parce qu'elle ne le voyait pas ». Le lépreux, l'aliéné, ont des stigmates; le tuberculeux, pas. Jusqu'au moment de sa déchéance finale, il peut laisser l'impression d'une activité fébrile que l'on met sur le compte d'une bonne santé. Il peut tromper son entourage. Il y a bien, certes, le changement d'aspect du malade, mais qui, de ceux qui vivent en contact continuuel avec lui, s'en aperçoit ? L'amitié, l'affection, les aveuglent, et c'est près de la fin qu'ils constatent le mal. Puis est venue la deuxième évolution de la société à l'égard de la maladie. La lutte a été entreprise officielle, et la société a connu les dangers qu'elle courait. On voulait la mettre en garde, lui montrer l'intérêt qu'elle avait à se méfier, à soigner ceux qu'elle chérissait. Elle s'est effrayée d'abord, puis en un sentiment réactionnel de pudeur, elle a eu honte, et cette phase de la tuberculose, considérée comme une maladie honteuse, n'a pas été pour peu dans la lenteur des résultats obtenus et dans la mise en œuvre des moyens nécessaires. On cachait le tuberculeux, et on le cache encore malheureusement, comme s'il était le symbole vivant d'un opprobre familial, et l'on a ainsi laissé souvent se développer, en vase clos, une maladie que l'on ne voulait pas avouer. Citerai-je le cas d'un

père de famille, de bonne éducation et d'excellente culture, dont le jeune fils dépérissait lentement sous ses yeux et qui hésitait à le faire radiographier parce qu'il « avait peur de savoir ».

Il semble que ce soit depuis la guerre que la conscience sociale s'est réveillée et que la tuberculose est considérée comme elle doit l'être, c'est-à-dire comme une maladie dont on n'a pas à rougir. Il existe certainement, et il existera encore longtemps, une certaine prévention contre elle; ce n'est plus un sentiment de honte, mais de la gêne, de la pudeur que l'on trouve dans les familles dont certains membres sont atteints. D'ailleurs, tout le monde connaît maintenant l'existence des sanatoria et le but qu'ils poursuivent. Il semble que l'on trouve beaucoup moins, même chez les malades qui sont appelés à y séjourner, cette peur que l'on rencontrait encore il y a quelque vingt ans. La société n'a plus peur du mot, elle craint moins la chose. N'est-ce pas le signe d'une évolution, dont on doit profiter pour intensifier les moyens de lutte ?

Et du point de vue individuel, que faut-il penser de ce malade qui crache, tousse, dépérit dans un milieu insalubre où, malgré les soins dévoués, le mal gagne en gravité, où l'isolement pèse sur lui d'autant plus que sa résistance organique est plus déficiente, parce que la famille et les amis qui l'entourent ne se sont pas encore affranchis de toute prévention, parce qu'ils comprennent mal, et ses moments d'énervement et ses moments de dépression; où lui-même, la gravité du mal aidant, acquiert la notion, dénuée de fondement souvent, qu'il devient une charge pour les siens. Comment peut-il réagir, alors qu'il est à bout de forces et que sa résistance morale s'effrite ? Et cet autre malade, qui, à l'opposé du premier mène une vie agréable, avec une santé qui paraît florissante, gardant bon œil, bon teint, excellent appétit, toussant certes parfois, mais enclin, étant donné son âge, à mettre, sur le compte d'une « vieille bronchite », ce catarrhe si peu gênant n'est-il pas de l'espèce la plus dange-

reuse ? Comment peut-on le persuader qu'il est malade, lui faire comprendre qu'il est de son devoir et de son intérêt de soigner cette bronchite qui ne l'incommode pas, de se tenir à l'écart d'enfants ou de petits-enfants qu'il aime et que sa bonne humeur attire sur ses genoux ? Problème difficile et qui s'offre souvent, en pratique, à la sagacité du médecin traitant. Ce dernier usera de son influence morale. Et s'il échoue ? Ne devient-il pas l'ennuyeux, l'homme que sa profession déforme, qui voit des malades partout. Ne ya-t-on pas être tenté de l'éloigner d'une maison heureuse où il vient perpétuellement apporter la note fausse ? Et si, par malheur, un accident survient, emportant brutalement un enfant adoré, devant la détresse de ce parent responsable, va-t-il oser l'incriminer, et même s'il le fait, l'écouterait-on alors ? Telles sont les questions que l'on peut se poser lorsqu'on constate où peut mener le principe de la liberté individuelle qui empêche le médecin de sauver le malade, s'il refuse son secours. N'y a-t-il pas là quelque chose de paradoxal, et l'intangibilité de ce principe ne choque-t-elle pas dans notre société moderne, lorsqu'il s'agit d'un fléau comme la tuberculose ?

Quelle solution apporter à cette question, toujours actuelle ? Nous n'avons pas la prétention de la donner dans ces quelques lignes. D'autres ont cherché avant nous, d'autres ont proposé des solutions. Une majorité s'est affirmée pour le maintien de la liberté individuelle, envers et contre tout, en donnant une place importante, trop importante à notre sens, aux abus que sa suppression pourrait engendrer. Telle n'est pas notre impression. Nous croyons encore à la conscience professionnelle des médecins, nous supposons qu'un mécanisme de contrôle vis-à-vis de ces derniers peut ramener dans le droit chemin les rares inconscients qui seraient tentés de s'en éloigner, et pour cela nous estimons, autant que notre fragile expérience des êtres et des choses nous le permet, que l'on pourrait limiter, avec des modalités à prévoir, et dans l'intérêt de la société, la liberté individuelle en matière de tuberculose.

1° *En vertu de quel principe ?* — De celui même, édicté par la Déclaration des droits de l'homme, qui a instauré la liberté individuelle. Le principe admis, en effet, on lui a ajouté un correctif, sous la forme d'une interdiction de nuire à la liberté d'autrui. Cette limitation, toute société ordonnée est obligée, sous peine d'anarchie, de l'imposer. Toutes les branches du droit l'ont observée. Le droit de propriété du Code civil n'est-il pas limité par le droit de propriété d'autrui, et n'existe-t-il pas des servitudes vis-à-vis de droits antérieurs ? Et dans le droit public, les libertés individuelles ne sont-elles pas soumises à des restrictions commandées par les nécessités de la défense nationale, aux servitudes des monopoles ? Pourquoi alors ne pas vouloir admettre que la sauvegarde de la santé publique oblige l'individu à conserver la sienne, ou du moins à mettre tout en œuvre pour la restaurer, si elle devient défaillante ? N'est-ce pas là aussi un intérêt supérieur de la société et de l'Etat que l'on défend ?

2° *Comment et dans quel sens ?* — Nous avons eu la curiosité de rechercher l'exposé des motifs de la loi de 1838 sur les aliénés, pensant y trouver des arguments. Nous ne l'avons pas trouvé, car, à cette époque, les lois n'étaient pas précédées d'exposé des motifs. Mais nous avons eu, par contre, le bonheur de rencontrer le *Journal officiel* de l'époque, et d'y pouvoir lire le compte rendu analytique des séances de la Chambre des Pairs consacrées à la discussion de cette loi. Il s'agissait d'améliorer la situation des aliénés, qui, jusqu'alors, étaient emprisonnés purement et simplement. Pour eux, pas de liberté possible, il ne pouvait en être question. On a changé un emprisonnement en un autre emprisonnement, et l'on a fait passer l'aliéné de la geôle à l'asile. Dans la geôle, il mourait, abandonné de tous; dans l'asile, il était soigné. Et les arguments, pour justifier une pareille mesure, se résument à deux : l'intérêt du malade, l'intérêt de la société. Où que l'on cherche dans les débats, on ne trouve pas autre chose que le développement de ces deux points.

Et pourtant, la question s'aggravait du fait que, pour l'aliéné, un principe d'interdiction civile pouvait ouvrir la porte à tous les abus.

Pour le tuberculeux, ne sont-ce pas les mêmes problèmes qui se posent ? L'intérêt du malade et l'intérêt de la société et aussi l'intérêt médical ? Oui, en vérité, mais, nous dirait-on, vous allez donc faire supprimer la liberté à la moitié du pays, et vous n'en avez pas le droit dans un pays où l'on a toujours combattu pour un idéal de liberté, où la philosophie du xviii^e siècle garde, encore de nos jours, des racines vivaces. Passe encore pour l'Allemagne d'interner ses syphilitiques; nous n'en sommes pas encore là et voulons garder le droit de choyer nos malades. Et puis, le tuberculeux est-il si dangereux ? Nous répondrons que, si nous en croyons les articles des revues d'hygiène, les œuvres de phthisiologues, certains tuberculeux libres sont plus dangereux pour la société dans laquelle ils vivent que l'aliéné, parce que leur travail de destruction est plus ignoré et, par cela même, plus grave. Est-il unique l'exemple de cette prostituée, cavitaire, évincée d'une maison de tolérance, sur l'intervention des pouvoirs de la salubrité, et qui, installée dans la chambre d'un quartier proche, continuait impunément, et au su des autorités désarmées, à dispenser ses bacilles avec ses baisers ?

Nous répondrons encore que, dans l'intérêt du malade, pour sa tranquillité personnelle, et dans l'intérêt de la société, il serait excessif certainement de supprimer la liberté aux malheureux atteints, et nous n'avons jamais eu la pensée d'un internement prolongé pour des tuberculeux, dont la résistance morale n'aurait eu rien à gagner à une semblable mesure. Que l'on puisse envisager de supprimer momentanément la liberté à un syphilitique, cela peut s'admettre. Pour un tuberculeux, il ne peut en être question, et pour des raisons d'ordre moral, et pour des raisons d'ordre matériel. Mais ce que l'on pourrait imposer, c'est l'obligation de se soigner pour toutes les personnes-atteintes, ce qui consti-

tuerait, tout le monde le reconnaîtra, une forme bien atténuée de la suppression de la liberté individuelle.

Mais pour obtenir cela, il faudrait que les pouvoirs rangent la tuberculose au rang des maladies à déclaration obligatoire; il faudrait encore donner à tous la possibilité de se bien soigner. La déclaration obligatoire, si on a été pendant longtemps dans l'impossibilité de l'exiger, par suite des courants d'opinions, de la prévention, dont nous avons parlé plus haut, à l'égard de cette maladie, il semble qu'actuellement l'opinion soit assez renseignée sur ces questions pour qu'on puisse l'imposer, et obtenir ainsi un ralentissement dans la marche de la tuberculose. L'opinion, en effet, envisage le séjour au sanatorium ou au préventorium avec plus de sagesse, elle les voit, non plus comme une nécropole, mais comme un havre de repos, d'où l'on sort souvent guéri, toujours amélioré. Le devoir de « tous ceux qui savent » est de faire disparaître la légende de la maladie honteuse. On cherchait, à l'origine, un effet salulaire de peur; on a dépassé le but. Il faut que les esprits soient avertis et sachent considérer la tuberculose à sa juste valeur, la considérer comme une maladie grave, mais guérissable, que chacun a le devoir de combattre au grand jour, sans fausse honte. Donner à tous la possibilité de se soigner : c'est le deuxième point important, le corollaire de l'obligation édictée. Le mérite n'est pas mince, de toutes les œuvres entreprises dans ce sens, et ils sont rares ceux qui, grâce aux organismes déjà existants dus à des initiatives heureuses, à des efforts enthousiastes et admirables, ne peuvent pas trouver le moyen de le faire. Nous avons vu cependant, dans la deuxième partie de ce travail, qu'il peut y avoir une difficulté matérielle à le faire par suite de l'insuffisance des secours aggravée de nécessités vitales pour certains. Nous verrons, par la suite, les moyens qui pourraient être envisagés et permettraient d'arriver à un résultat meilleur, si possible : nous voulons parler d'essai de réadaptation professionnelle du tuberculeux.

En résumé, nous ne pensons pas que la liberté indivi-

duelle, en tant que principe intangible, puisse être atteinte du fait que certaines restrictions lui seraient imposées, dans l'intérêt public, pour lutter contre la tuberculose. Nous croyons que tous trouveraient leur intérêt, dans une limitation qui se bornerait à une obligation aux soins, avec comme corollaire, la déclaration obligatoire de la maladie, et la possibilité donnée à tous de se soigner. Nous supposons qu'une telle application laisserait saufs les principes invoqués, les sauvegarderait même, en donnant à l'individu un sens plus aigu de ses responsabilités et de la solidarité sociale. Quelqu'un n'écrivait-il pas : « La liberté n'est pas un soulagement, elle est un fardeau. Voilà justement sa noblesse. »

II. — *La notion du secret professionnel.*

La notion du secret médical a fait couler beaucoup d'encre, excite et excitera encore longtemps les polémiques et la verve des auteurs. S'il est une question qui se soit trouvée à l'ordre du jour de tous les siècles, c'est bien celle-là. C'est quelle est, en effet, la base de tout l'édifice médical. Quelle que soit la conception que l'on défende de la fonction médicale, qu'on la considère comme un art ou comme un sacerdoce, qu'on l'admire ou qu'on la décrie, elle garde sa force, son autorité par la grâce de ce secret qui fait du médecin, dans l'exercice de sa profession, un homme placé dans une situation sociale spéciale en quelque sorte, et n'ayant pour tout juge que sa conscience.

Déjà, dès les temps anciens, le besoin de faire une place à part au médecin s'impose, mais s'impose aussi, en contrepartie, la nécessité du secret que le serment d'Hippocrate exige de lui, et par lequel il s'engage à « tenir pour un secret ce que, dans l'exercice de sa profession et en dehors de l'exercice et dans le commerce de la vie, il aura vu ou entendu, qu'il ne faille pas répandre ». Et Cicéron, qui a prévu le devoir, parfois cruel, de se taire pour un médecin,

en toutes circonstances, écrit : « Medici qui thalamos et tecta aliena pubeunt, multa tegere debent, etiam lesi, quamvis sit difficile tacere cum doleas. » Et ce secret absolu résiste à toutes les autorités à travers les siècles. C'est en vain qu'au xvii^e siècle, un édit royal de 1666 enjoint aux chirurgiens de Paris de faire connaître à la police les blessés soignés par eux pendant les guerres civiles. Il reste lettre morte. C'est en vain qu'après les journées de 1832, une ordonnance du Préfet de police Gisquet enjoint aux médecins de dénoncer les insurgés auxquels ils ont donné leurs soins. Il s'attire cette noble réponse de Dupuytren : « Je n'ai pas vu d'insurgés, je n'ai vu que des blessés. » Partout, toujours, la résistance aux essais de violation du secret médical. Et elle est si nette que le Code pénal la sanctionne, en la transformant en une obligation, par son article 378, titre II (Crimes et délits contre particuliers), ainsi conçu : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de un à six mois, et d'une amende de cent à cinq cents francs. » La seule restriction prévue par l'article, « hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs », vise les complots contre la sûreté de l'Etat et est abolie, d'ailleurs, par la loi du 28 avril 1832. La base légale sur laquelle est édifiée la notion n'a fait qu'entériner, comme nous l'avons vu plus haut, la tradition plusieurs fois séculaire qui procède d'une nécessité sociale facile à concevoir : la confiance du malade puisant un de ses motifs les plus forts dans ce que le sens commun populaire se refuse à admettre la non-existence de la discrétion pour les médecins » (Verger). Et cette notion s'étend non seulement aux confidences faites par le malade, mais à toutes choses devinées par le médecin.

QUELLE EST LA NATURE JURIDIQUE DU SECRET PROFESSIONNEL ?

— Nous allons l'étudier à travers la doctrine et la jurisprudence. Posons d'abord qu'il est « d'ordre public ». Mais cet ordre public est-il absolu ? Pour la doctrine médicale, oui; le Professeur Brouardel estime que le secret doit être gardé, alors même que la maladie n'aurait rien de secret; « ce serait à cette seule condition, dit-il, que le silence ne risquera pas d'être interprété de façon péjorative pour le client ». Il est d'ordre public absolu et porte sur tout ce que le médecin peut voir, entendre, apprendre, comprendre dans l'exercice ou même à l'occasion de l'exercice de sa profession. Personne ne peut le lever, et il s'applique même aux faits qui se sont passés à l'étranger. Le malade ne peut délier le médecin de son secret, car ce secret ne peut être considéré comme une convention, même tacite, entre les deux. Une seule volonté ne saurait, en effet, abolir une notion basée sur des considérations impérieuses d'ordre public.

La doctrine juridique est hésitante, comme toujours. Certains auteurs sont de l'avis des médecins; pour eux, c'est le secret absolu qu'il convient de prôner. D'autres estiment que l'autorisation du client libère le médecin de son obligation. D'autres enfin admettent qu'elle ne le libère pas, mais qu'elle est, en cas de révélation, « une présomption de bonne foi ».

Quant à la jurisprudence, elle se montre, et cela n'est pas pour nous surprendre, hésitante tout autant que la doctrine, contradictoire aussi, mais avec pourtant une tendance à se rallier au point de vue médical. Elle admet parfois le secret absolu sans restriction, parfois elle tolère certains tempéraments. Elle veut sauvegarder un intérêt public qui lui paraît supérieur à l'intérêt particulier. Elle a l'air même, souventes fois, de vouloir laisser le malade maître du secret, mais sur les points dont il peut apprécier la gravité. Ils sont nombreux les arrêts et jugements sur la matière rendus par les tribunaux et les cours d'appel. Nous les avons sous les yeux, mais préférons ne pas prolonger un débat juridique qui n'a

pas sa place dans une thèse de médecine. Et la sanction qui s'applique à la violation du secret s'étendra, en l'absence de textes précisant la notion, à toute révélation volontaire, qu'elle soit faite avec intention criminelle, c'est-à-dire avec la volonté de commettre un fait réprouvé par la loi, avec intention de nuire, ou qu'elle soit faite sans cette dernière intention, par légèreté ou par maladresse. Seule la peine varie, et tandis que dans le premier cas il y a délit, dans le deuxième on retient la légèreté, l'imprudence, et seule est engagée la responsabilité civile du médecin, prévue à l'article 1382 du Code.

QUELLE EST L'ÉTENDUE DU SECRET PROFESSIONNEL ? — C'est ici tout le problème du secret médical dans son application aux rapports des médecins avec le malade lui-même, sa famille, les domestiques, les tiers, les collectivités, les pouvoirs administratifs, la justice. Nous n'entreprendrons pas ici une étude détaillée de chacun de ces points. Ce serait en dehors de notre sujet, et nous n'apporterions rien de nouveau à des notions déjà « mises et remises sur le métier ». « Tout est dit, et l'on vient trop tard », disait le moraliste. C'est certainement notre cas. Nous nous bornerons donc à donner un aperçu des points déjà acquis sur la question, en résumant les conceptions exposées par le Professeur Henri Verger dans son *Précis de déontologie médicale*, avant d'entreprendre l'étude du secret médical dans le problème qui nous intéresse, celui de la lutte contre la tuberculose. Ce que nous voudrions faire ressortir, dans le résumé qui va suivre, c'est la notion d'absolu et de relatif qui s'attache, suivant les cas, au secret professionnel. Et, pour ce faire, nous allons étudier : d'une part, tous les cas qui, de l'avis du Professeur Verger, imposent le secret absolu; d'autre part, tous ceux où le secret relatif peut être admis.

L'observation absolue s'impose vis-à-vis du malade lui-même, en tout ce qui concerne le diagnostic et le pronostic, plus par raison d'humanité peut-être que de secret et sous

réserve que le mensonge des médecins ne nuise pas au malade ou à des tiers, par absence de traitement ou par risques de contagion. Pour les domestiques atteints de maladies, et malgré les prétentions des maîtresses de maison, il en sera de même, avec cette différence qu'un transport possible à l'hôpital satisfera les deux parties. Vis-à-vis des tiers, le secret absolu a été très controversé parce que son observation stricte peut entraîner des dommages graves, des dangers sérieux. Pourtant, ceux qui ont voulu limiter le secret n'ont « envisagé que les possibilités particulières sans voir les sources profondes du principe et les conséquences de la généralisation de leur thèse » (Verger). Quoi qu'ils pensent, là encore, surtout là, dirons-nous, le médecin doit rester muet, en prenant pourtant les dispositions discrètes qui permettront le redressement de torts possibles, en ce qui concerne, en particulier, les mariages ou la contagion syphilitique des nourrices, pour ne citer que ces deux exemples. Et le médecin ne doit pas manquer d'ajouter, à son respect du secret, une discrétion intégrale.

Vis-à-vis des collectivités, qu'elles soient mutualités, administrations, compagnies d'assurances-accidents, compagnies d'assurances-vie, le secret absolu doit être observé, sauf dans certaines situations que nous verrons plus loin, et ce, malgré la jurisprudence flottante, comme l'arrêt de la Cour de Lyon du 16 juin 1909, posant en principe que l'acceptation préalable d'un règlement par le sociétaire constituait une renonciation au bénéfice du secret professionnel, et autorisait, de ce fait, la société à demander au médecin la violation du secret. En ce qui concerne les assurances-vie, le médecin peut tourner la difficulté en adressant au bénéficiaire de l'assurance, s'il est un proche parent, une lettre mentionnant les causes du décès, lettre dont ce dernier fera l'usage qu'il voudra.

Vis-à-vis des pouvoirs administratifs, le secret absolu doit être encore observé, sauf en ce qui concerne la déclaration

des maladies contagieuses, les naissances, les décès et les dérogations légales dont les médecins ne voient pas, sans une certaine appréhension, s'allonger la liste.

Vis-à-vis de la justice, l'observation du secret absolu est conforme aux principes édictés par l'article 378 du Code pénal, par l'arrêt de la Cour de cassation du 10 mai 1900 déclarant « qu'une déposition faite en violation de l'article 378 ne peut servir de base à une décision judiciaire », et par l'arrêt de la Cour d'Aix du 12 mars 1902 consacrant le droit, pour le médecin appelé à témoigner en justice, « de se retrancher derrière le secret professionnel si les questions qu'on lui pose ont trait à des faits couverts par le secret ». La seule difficulté est la condamnation d'un innocent pour un crime dont le médecin connaît le coupable. Dans ce cas, le devoir du médecin consiste à avertir la police ou le tribunal, solennellement, qu'il fait fausse route, sans pour cela dénoncer le coupable. Si le médecin est partie en justice, qu'il soit défendeur ou demandeur, il doit observer le secret absolu.

L'observation relative peut s'admettre vis-à-vis de la famille pour tout ce qui touche l'évolution et le pronostic, dans son intérêt même, mais en gardant secrètes la nature et l'origine d'un état morbide. On l'admet encore lorsqu'il concerne un mineur et lorsqu'il s'agit de faire un certificat préalable à l'engagement de gens de maison, car, dans ce cas, le médecin agit comme expert privé et se trouve obligé de donner un avis sur les questions qui lui sont posées, dans une certaine mesure. Dans ce cas, il ne peut être tenu qu'à l'observation relative du secret professionnel. C'est ce qui se produit chaque fois qu'un médecin est mandé par une collectivité pour juger d'un état pathologique, ou donner son avis sur des questions précises concernant un membre lié par contrat d'adhésion ou de travail à cette collectivité, qu'il s'agisse de fonctionnaires des postes, des chemins de fer, qu'il s'agisse de la loi du 9 avril 1898 ou des assurances-vie.

En résumé, le secret absolu s'étend sur tous les actes pro-

fessionnels du médecin, sauf les cas où il est mandé à titre d'expert privé, et perd, de par les indemnités qu'il touche, son caractère sacerdotal.

*
* *

Nous venons de tracer un rapide aperçu du secret professionnel, et nous partageons l'avis de la quasi unanimité des médecins en faveur de son observation absolue. Il est cependant un point sur lequel nous voudrions nous étendre, parce qu'il concerne directement notre travail, c'est l'observation du secret médical entre confrères. Nous voudrions aussi jeter un rapide coup d'œil sur l'évolution sociale qui s'est produite depuis vingt ans et qui a contribué à modifier un peu la notion que nous discutons. Non pas que cette notion ne garde plus, à nos yeux, sa valeur de symbole de l'indépendance professionnelle; mais il nous semble que, sans y toucher, en définissant simplement la nature juridique de certaines fonctions médicales actuelles, on pourrait en rectifier les effets, parfois désastreux pour certaines catégories de malades, en même temps que l'on restaurerait une unité professionnelle qui nous donne l'impression de s'effriter.

Nous vivons, en effet, dans une ère de médecine sociale qu'il est difficile à un médecin d'ignorer. A tout instant, dans sa journée, le médecin traitant se heurte à des clients assurés sociaux, assistés médicaux gratuits, sociétaires mutualistes, accidentés de travail, vis-à-vis desquels il est obligé d'observer des règles établies. C'est une médecine nouvelle à laquelle il faut s'adapter, sous peine d'engager un conflit qui ne peut que nuire à tous les intérêts en jeu, ceux des malades et ceux des médecins surtout. Bien loin de croire aux bienfaits des « cloisons étanches », nous pensons qu'une collaboration loyale des collectivités organisées et des médecins est nécessaire, mais avec des modalités d'application telles qu'elles permettent aux praticiens de vivre dans la dignité et l'indépendance qui ont toujours été leur apanage. N'est-il pas inconcevable que, sous le prétexte de défendre

les intérêts sociétaires, on exige du médecin du dévouement à son art, en même temps que, par ailleurs, on lui marchandé ses honoraires, on limite son droit à la vie, on le place devant le dilemme révoltant : « Marche ou meurs ? » Et nous assistons à la lutte pénible autour du secret professionnel.

Nous avons le spectacle de médecins traitants qui se retranchent derrière lui comme derrière un rempart, peut-être par principes, peut-être aussi, il faut bien le dire, par représailles. Et c'est le malade qui est appelé à souffrir de cet état de choses, surtout lorsque ce malade est un tuberculeux et qu'il est assuré social, par exemple. Pourtant, où que nous cherchions dans les textes, dans les écrits, il n'est question nulle part de secret médical entre confrères. Existe-t-il par tradition ? Il ne semble pas. Le Corps médical est-il victime de l'interprétation outrancière, par un réflexe d'auto-défense, d'un principe consacré ? Nous le craignons. Quoi qu'il en soit, nous nous demandons s'il ne serait pas nécessaire de reprendre la notion, de l'étudier dans son esprit et dans sa lettre ; et nous en arrivons à supposer qu'il y a peut-être dans cette conception du secret médical deux parties nettement distinctes et qui peuvent s'interpréter : la première, par l'application absolue, même à l'égard des confrères ; la deuxième, par une application relative à l'égard de ces mêmes confrères.

La première partie serait extramédicale ou paramédicale. Elle engloberait les « visa et audita » des textes, se rapportant à toutes choses qu'un médecin est appelé à constater, auxquelles il est obligé d'assister : doléances, confidences, scènes de famille parfois, habitudes de vie aussi, désordres familiaux. Sur cette partie paramédicale, le secret le plus absolu devrait étendre son voile.

La deuxième partie serait purement médicale. Elle aurait trait à l'histoire de la maladie, au diagnostic, au pronostic, au traitement, à l'étiologie même du mal, et pourrait être confiée, pour des raisons précises s'entend, à un confrère

qui pourrait avoir à en connaître dans l'intérêt du malade, qui, lié lui-même par le secret, ne pourrait en faire un mauvais usage, et serait, au même titre que celui qui aurait parlé, tenu par la loi pour dépositaire du secret du malade. C'est donc, en fin de compte, la grande famille médicale qui garderait, en dépôt, tous les appels de la détresse humaine. Serait-ce un mal ? Nous ne le pensons pas, surtout lorsque nous considérons les services que cela pourrait rendre, les lenteurs administratives que cela pourrait épargner.

Mais comment concilier cette possibilité de révélation avec la présence, au sein d'une administration qui le paie, à qui il doit des comptes, d'un médecin qui pourra devenir dépositaire du secret, alors qu'il n'est plus indépendant ? Cela ne va-t-il pas produire une fâcheuse impression sur les intéressés, diminuer d'autant la confiance que le public a donnée au médecin ? Nous répondrons que c'est en faisant reconquérir son indépendance à ce médecin que l'on pourra arriver à un résultat. Et c'est là qu'intervient la nature juridique de la fonction qu'occupe le médecin dont il s'agit, au sein de l'administration qui l'emploie. Est-il un expert privé ? Est-il un chef de service ? Prenons par exemple le médecin contrôleur d'une caisse d'assurances sociales, puisqu'au demeurant c'est lui qui nous intéresse. S'il est expert privé, il est obligé de donner les avis qu'on lui demande. S'il est chef du service de contrôle, il a un pouvoir de décision propre, et son indépendance est respectée.

Expert privé. — Nous ne pensons pas qu'il puisse être considéré comme tel, car l'expert, pour nous, est un médecin qui peut être appelé, entre autres occupations absolument indépendantes de l'objet de l'expertise, à donner son avis à une administration ou à une autorité qui le lui demande, et suivant des modalités bien définies, sur un fait précis, sur des points précis, qu'il s'agisse d'un accident, d'un état pathologique, d'une affaire médico-légale. Il reçoit, pour ce travail, une rétribution suivant un barème établi, qui ne peut, en aucun cas, avoir le caractère d'un traitement.

Chef du service de contrôle des malades. — Peut-on le considérer comme tel ? Nous le croyons. Le médecin-conseil, à ce qu'il nous a paru, a un pouvoir de décision auquel se rapporte en général l'administration. Il ne donne pas des avis sur des points précis seulement. Il s'occupe du malade considéré comme une entité. Il fait fonctionner un service de contrôle, convoque, tranche, renvoie, organise aussi, et fait entériner le fruit de son labeur par l'administration. Il touche des émoluments annuels qui ont bien le caractère d'un traitement et sur lesquels sont opérées des retenues pour pension. Rien de tel chez l'expert privé. Il retire de cette position de chef de service une certaine indépendance, qui lui permet de se rendre dépositaire d'un secret.

Ayant ainsi défini la situation juridique du médecin-conseil, nous nous posons la question suivante : Ne serait-il pas possible de parachever l'œuvre, de dissocier, au sein même des assurances sociales, l'administratif du médical et de créer un service médical autonome, fonctionnant parallèlement au service administratif, en contact étroit avec lui pour toutes les questions d'ordre matériel, mais gardant son entière indépendance au point de vue des décisions purement médicales que les assurances seraient appelées à prendre ? On objectera que le médecin-conseil est un homme, et par conséquent faillible. Nous avons l'avantage d'en connaître et de pouvoir proclamer ici leur haute valeur morale. D'ailleurs, rien n'empêche les pouvoirs de prendre toutes les garanties de recrutement nécessaires, de faire contrôler ce médecin par une commission ou un conseil régional, par exemple, de confrères assermentés, pris parmi les plus éminents. Nous aurions en même temps l'ébauche de ce tribunal médical que réclament, en vain, les syndicats médicaux. L'administration y perdrait en prestige, puisqu'elle laisserait se constituer « un Etat dans l'Etat » ? Ceci n'est pas démontré, bien au contraire. Elle y gagnerait peut-être même en utilité, car les médecins traitants, affranchis du spectre administratif pour lequel ils ont, à tort ou à raison, une

répulsion atavique, s'adresseraient avec plus de spontanéité à un organisme qu'ils jugeraient plus compréhensif, parce que plus près d'eux, simplifieraient sa tâche, collaboreraient avec lui, hâteraient la constitution des dossiers nécessaires et éviteraient ainsi aux malades, surtout aux tuberculeux, de perdre les quelques mois de soins ou de pension qui sont parfois indispensables à leur vie. Le personnel adjoint au contrôleur pourrait être constitué par des « paramédicaux » soumis, comme lui, au secret professionnel, et tout irait peut-être mieux dans l'intérêt du malade, puisqu'aussi bien c'est lui qui est en jeu, surtout dans les créations sociales actuelles, bien plus que les préséances ou les susceptibilités administratives. Et le problème serait inversé. Ce ne serait plus le médecin traitant qui se retrancherait derrière le secret médical vis-à-vis de son confrère médecin-conseil, c'est ce dernier qui reprendrait, dans l'intérêt du malade et de l'administration elle-même, son autonomie pour toutes les affaires d'ordre médical pur, et qui rentrerait dans la grande famille médicale pour en restaurer l'unité nécessaire à sa dignité et à sa grandeur. Que faudrait-il pour réaliser cela ? Un ministre qui veuille se pencher sur les problèmes sociaux, avec la compétence nécessaire, et des directeurs d'administration centrale clairvoyants.

CHAPITRE II

LES MOYENS

Les moyens à mettre en œuvre sont fonctions et d'un effort législatif et administratif et des buts que l'on se propose d'atteindre.

L'effort législatif est conditionné par la nécessité qu'il y a, pour le législateur, de se rendre compte des insuffisances de la loi de 1928 en ce qui concerne la tuberculose, et par son désir d'apporter à cette loi un additif, qui pourrait constituer pour les assurances sociales en même temps que pour tous les autres organismes qui s'intéressent à la question une charte de combat contre ce fléau social. Cette loi devrait comporter des modifications à la conception, actuellement admise, de l'invalidité, en modifier le taux qu'elle laisserait évoluer dans des limites moins restreintes; elle devrait reprendre les tarifs des pensions d'invalidité et faire de l'aumône actuellement consentie une indemnité sérieuse qui permettrait au malade de se soigner, de prendre les dispositions nécessaires à l'égard de sa famille pour qu'elle ne reste pas la victime innocente de son mal, d'assurer aussi, pendant le temps de son repos forcé, la vie des siens, appelés, sans cela, souvent à la détresse la plus noire. Elle devrait encore fixer les grandes lignes d'un plan qui permettrait aux caisses de s'unir entre elles, de collaborer avec les organismes privés déjà existants, pour grouper les crédits nécessaires à une entreprise de longue haleine et de grande envergure. Elle devrait prévoir un effort commun, la déclaration obligatoire de la maladie.

L'effort administratif, il consisterait à réaliser, au sein des assurances sociales, avec la collaboration de toutes les caisses du pays, cet effort commun prévu par la nouvelle loi. Il constituerait un organisme central qui serait chargé de prendre les mesures d'ensemble, de donner les directives nécessaires. Financièrement, il disposerait d'un « fonds commun de lutte contre la tuberculose », alimenté par les versements des caisses, faits au prorata du nombre d'adhérents, avec lequel cet organisme de direction pourrait soit trouver dans les sanatoria déjà existants les places nécessaires à ses malades, soit financer, lui-même, la création des sanatoria et préventoria, soit encore commanditer des initiatives privées. Et l'on arriverait ainsi à grouper, dans un service parfaitement autonome, dirigé par un conseil d'administration composé mi-partie d'administrateurs, mi-partie de médecins pris parmi les plus éminents, possédant des ressources propres, tous les assurés sociaux et leurs familles victimes du mal. Par ailleurs, et pour tout ce qui concerne le rôle des assurances sociales prévu par la loi de 1928, l'organisation subsisterait comme par le passé. Aux caisses d'union régionales, qui paraissent le mieux s'adapter à cette fonction, pourraient être annexés des « centres régionaux », émanations de la Direction autonome, et chargés par elle de surveiller dans une région déterminée, en contact avec les médecins traitants, l'inspection des écoles, les inspecteurs d'hygiène et les infirmières-visiteuses, le dépistage, la prophylaxie, l'observation, en un mot, de toutes les mesures prises pour la lutte antituberculeuse. Dans ces centres seraient constitués les dossiers uniques, les carnets de santé qui suivraient les malades, et ainsi seraient évités les temps d'arrêt, dans l'instruction de ces dossiers, si souvent préjudiciables, à l'heure actuelle, aux tuberculeux. Dès qu'il serait dépisté, le tuberculeux serait pris en charge par la Caisse autonome, sous des modalités à prévoir. Ainsi donc, Caisse autonome, alimentée par les versements des caisses existantes, aidée dans ses ramifications régionales

par des « centres régionaux » chargés, sur place, et avec la collaboration des médecins traitants et des organismes connexes, du dépistage, de la constitution du dossier « unique » du tuberculeux, de son traitement de début, de son orientation thérapeutique. N'y aurait-il pas là comme un embryon, un noyau autour duquel pourraient, après arrangements, s'amalgamer les diverses œuvres antituberculeuses, pour former un tout ?

Les buts que l'on se propose d'atteindre sont au nombre de quatre : 1° dépistage précoce des malades et prophylaxie à domicile; 2° placement d'urgence dans des centres de traitement et d'observation; 3° répartition des malades dans les établissements de cure; 4° assistance postsanatoriale. Ils tendent à prendre en considération deux catégories d'intéressés : ceux que l'on peut sauver, ceux que l'on doit soigner.

I. — *La prévention.*

CEUX QUE L'ON PEUT SAUVER. — C'est toute la question de la prévention et de la prophylaxie chez l'enfant. C'est, à notre avis, dans une campagne antituberculeuse digne de ce nom, la partie qui doit le plus retenir l'attention. Nous croyons, en effet, que c'est surtout du côté de l'enfance que doit se diriger le gros effort prophylactique. Sauver les petits, c'est sauver la race. D'ailleurs, d'autres l'ont compris depuis longtemps, qui ont créé, notamment à Paris et dans les grandes villes de province, des œuvres admirables, telles que le Placement familial type Grancher et Léon Bernard, les écoles de plein air, les colonies de vacances, les préventoriums non surveillés ou surveillés, etc. Il y a, dans ces créations, de quoi sauvegarder l'avenir de jeunes êtres, quel que soit le degré de menace ou même le degré d'évolution du mal. Nous ne pourrions mieux faire, pour donner une idée des efforts entrepris dans ce sens, que d'exposer ici les tableaux intéressants dressés, à Paris, par les Docteurs Jac-

ques Godard et Marguerite Reboul, médecins-conseils de la Caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise, concernant le placement des enfants des assurés sociaux. Mieux qu'un long développement, ils « situent » parfaitement la question et apportent les moyens de la résoudre au mieux de tous les intérêts et dans le cadre d'organisations déjà existantes.

TABLEAU I

Classification médico-sociale des enfants à placer.

- 1° *Tuberculino-réaction positive, avec signes cliniques et radiologiques manifestes d'activité tuberculeuse :*
 - a) Tuberculoses pulmonaires ou ganglio-pulmonaires, à type de primo-infection ou non, ouvertes (la preuve en étant faite par recherche du bacille de Koch dans les selles ou lavage d'estomac), évolutives;
 - b) Tuberculoses ganglionnaires ou ostéo-articulaires fistulisées ou en voie de fistulisation.
- 2° *Tuberculino-réaction positive avec formes discrètes, non évolutives de tuberculose :*
 - a) Tuberculoses pulmonaires inactives (la preuve de l'inactivité n'est faite qu'après les examens répétés, et en particulier l'étude serrée des phénomènes généraux : poids, température);
 - b) Tuberculoses pleurales (convalescents de pleurésie).
- 3° *Tuberculino-réaction positive, sans lésion tuberculeuse nette, mais avec déficience de l'état général :*
 - Micropolyadénopathies;
 - Déficiences pondérales;
 - Stigmates de rachitisme et d'hérédosyphilis;
 - Convalescence d'affections débilitantes (rougeole, coqueluche);
 - Troubles généraux de la nutrition, etc.

4° *Tuberculino-réaction positive, sans lésion tuberculeuse nette ni déficience physique, mais :*

- a) Contact avec un tuberculeux contagieux;
- b) Indications sociales (taudis, misère, etc.).

5° *Tuberculino-réaction négative, mais :*

- a) Déficiences physiques, telles que :
 - Affections rhino-pharyngées (adénoïdiens);
 - Rachitisme;
 - Caries dentaires;
 - Hérédo-syphilis;
 - Troubles généraux de la nutrition (avitaminoses, acétonémie, entérites et colites chroniques, diabète infantile, albuminurie);
- b) Enfant sain en contact.

6° *Contre-indications à tout placement, en raison :*

- a) De la gravité de l'affection tuberculeuse;
- b) Enfants atteints d'affections diverses :
 - maladies de la peau et du cuir chevelu;
 - suppurations chroniques (otites);
 - cardiopathies (énuresie, épilepsie, arriération mentale);
- c) Contre-indications sociales (enfants indisciplinés ou pervers).

TABLEAU II

Types d'établissements pouvant recevoir les enfants.

- 1° *Placement familial du type Grancher ou Léon Bernard*, par lequel les enfants sont placés dans des familles paysannes saines, et où ils sont périodiquement surveillés.
- 2° *Ecoles de plein air, externat.* — Selon la définition d'Hazemann, ce sont des institutions d'enseignement primaire et de prophylaxie antituberculeuse pour enfants d'âge scolaire différant

essentiellement de l'école primaire habituelle par les sept points suivants :

- a) Aération et vie au dehors le plus possible;
- b) Sieste prolongée;
- c) Repas spéciaux, dont un principal;
- d) Héliothérapie;
- e) Surveillance médicale et sociale particulièrement développée;
- f) Education et instruction concernant l'hygiène;
- g) Durée restreinte des heures d'enseignement.

3° *Ecoles de plein air, internat.* — Ne diffèrent des précédentes que par le fait que les enfants sont pensionnaires.

4° *Colonies de vacances.* — Institutions destinées à amener en vacances des enfants pour un temps plus ou moins long, soit à la mer, soit à la montagne, soit à la campagne. Les colonies de vacances attachent peu ou pas d'importance à l'enseignement et la surveillance médicale y est, en général, peu suivie. Elles sont cependant très utiles pour les enfants des villes, et il est certain qu'un « changement d'air » de quelques semaines peut être profitable à de petits organismes débilités.

5° *Préventorium non surveillés.* — Etablissements ne différant des précédents que parce qu'ils sont ouverts hors des périodes de vacances. Ils ont les caractéristiques générales des écoles de plein air sans en avoir les avantages. Le personnel y est le plus souvent incompetent, la surveillance médicale très mal et irrégulièrement assurée, l'enseignement insuffisant. C'est à cette catégorie détestable qu'appartiennent la plupart des établissements appelés préventoriums dans notre pays.

6° *Préventorium surveillé.* — C'est un établissement destiné à certaines catégories d'enfants malades. Voici la définition de cette catégorie d'établissements qui a été donnée il y a quelques années par le Professeur Léon Bernard : « Le nom de préventorium doit être réservé à des établissements ouverts toute l'année, situés à la campagne, où sont admis des enfants non fébricitants et non contagieux, le plus souvent vivant

en contact avec des tuberculeux, atteints de formes initiales latentes et curables de tuberculose (adénopathies bronchiques, cervicales, tubercules externes légères, non suppurées, ne relevant pas d'un traitement chirurgical). Ils y sont soumis, en régime d'internat, à une hygiène spéciale constituée par une alimentation surveillée, une aération continue, une association de repos, d'instruction et d'entraînement physique respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue. »

7° Le sanatorium d'enfants est un établissement qui ne diffère du sanatorium d'adultes que par l'âge des malades.

8° L'hôpital-sanatorium d'enfants, ou l'hôpital, pour malades graves et pour malades en observation.

TABLEAU III

Où envoyer les enfants suivant la classification médico-sociale.



Tels sont les tableaux qui se suffisent à eux-mêmes. Il y a cependant, en ce qui concerne le tableau III, un effort à faire qui permettra, par le remboursement des prix de journée des écoles de plein air et des colonies de vacances, d'obtenir un résultat appréciable et rapide chez ces enfants, qui ne sont pas des malades, mais des déficients physiques, somme toute. En coûterait-il tellement aux caisses, et n'est-il pas plus dangereux de demander à la famille un sacrifice pécuniaire qu'elle ne voudra ou ne pourra peut-être pas consentir pour un enfant qu'elle ne croira pas malade, malgré les avis ?

CEUX QUE L'ON DOIT SOIGNER. — Ce sont les enfants, et nous venons de voir comment on pouvait le faire, mais ce sont surtout les adultes jeunes, que le travail, les excès, le genre de vie, transforment souvent en une proie facile pour la tuberculose. Comment envisager la conduite à tenir à leur égard ? Ne pourrait-on pas, par exemple, instituer, dès la naissance de l'enfant, un « carnet de santé » où seraient mentionnés, en même temps que toutes les affections dont il serait atteint, toutes les thérapeutiques instituées (vaccinothérapie, sérothérapie, etc.), les résultats de la visite annuelle ou bisannuelle de contrôle à laquelle il serait soumis, malade ou bien portant ? Ces visites pourraient être passées par les médecins traitants qui seraient tenus d'en adresser les conclusions aux « centres régionaux », détenteurs d'un duplicata du carnet, pour tout ce qui concernerait une atteinte tuberculeuse ou paratuberculeuse. Et nous verrions peut-être, par ce moyen, renaître le « médecin de famille », qui a disparu à l'heure actuelle et qui ne manquait pourtant pas d'utilité. On aurait ainsi, tenu à jour, un moyen de contrôle sérieux. Bien mis en œuvre, correctement exécuté, il permettrait, autant que faire se peut, de suivre de très près les malades et d'arriver ainsi à déceler cliniquement, radiologiquement ou bactériologiquement, et de façon précoce, l'éclosion du mal.

Nous voudrions, à propos de la prophylaxie vis-à-vis des enfants et des adultes, dire la grande place que prend l'ali-

mentation dans la lutte antituberculeuse, et nous ne sommes pas loin de penser, comme M. le Professeur Wangermez, que c'est peut-être là qu'est la « pierre de touche » de toute prophylaxie bien comprise. M. le Professeur Leuret ne racontait-il pas, dans son cours d'hygiène, comment, en Allemagne, la vente des parties restées saines d'une vache tuberculeuse avait contribué à faire régresser la tuberculose dans les quartiers populeux de Berlin, en permettant aux misérables habitants de ces quartiers de se procurer, à bas prix, de la viande qu'ils n'auraient pu acheter dans d'autres conditions ? Nous croyons que toutes les organisations pour l'aide à apporter aux enfants ne feront œuvre utile qu'autant qu'elles seront en mesure de pouvoir alimenter ces derniers comme il convient. Le temps n'est pas si lointain où nous voyions des enfants apporter à l'école, pour leur repas de midi, un morceau de pain et une pomme. Et cela se répétait tous les jours ! Négligence, inconscience des parents, peut-être ? misère aussi parfois.

CENTRES DE PLACEMENT D'URGENCE. — Il est démontré par l'expérience qu'entre le moment où un tuberculeux est dépisté et celui où, après un traitement à domicile, il trouve une place dans un sanatorium, un temps parfois très long s'écoule, parce que le nombre de lits mis à la disposition des malades est insuffisant. Le moral du malade s'affecte, qu'il reste chez lui ou qu'il soit admis provisoirement dans une salle d'hôpital. Quand enfin on a un lit pour lui, dans un établissement de cure, ceux qui le soignent ont beaucoup de peine pour lui « faire remonter le courant », s'il est encore temps. Ne pourrait-on essayer de créer, aux abords des grandes villes en particulier, un hôpital spécialisé qui recevrait ces malades, les mettrait, suivant les cas, ou en observation ou en traitement immédiat, avant de les diriger vers les climats qui leur conviendraient le mieux ? En dehors de l'avantage social appréciable que constituerait cette forme d'isolement rapide, ces « centres de placement d'urgence » permettraient de dégager les sanatoria souvent,

et surtout de ne pas laisser le malade sans soins spéciaux pendant un temps variable qui peut lui être fort préjudiciable. C'est l'avis du Docteur Godard, c'est aussi le nôtre. Ces hôpitaux, placés près des centres régionaux, pourraient rassembler les malades d'une même région administrée par ces centres, évitant ainsi et la multiplicité des hôpitaux de ce genre et l'augmentation des frais déjà considérables.

II. — *La cure.*

ENVOI DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE CURE ET D'ISOLEMENT. — Là encore, l'unité de direction réalisée par la Caisse autonome rendrait de grands services. A chaque instant, les centres régionaux, filiales de cette caisse autonome, pourraient être renseignés sur le nombre des places vacantes dans les divers sanatoria convenant le mieux à l'état du malade. La question financière ne pourrait pas être une gêne, puisque, dès l'avis lancé par le centre régional, l'organisme central serait en mesure de prévoir et de financer le placement. Pas de perte de temps donc du côté financier. Du côté social, même avantage de rapidité. Du point de vue thérapeutique, même, il y aurait un minimum de lenteur à la mise en œuvre. Du point de vue prophylactique, ce serait l'élimination rapide de la source de contagion. Le dossier du malade étant constitué, grâce au carnet de santé, dès les premiers symptômes, la décision pourrait suivre rapidement. Ce système permettrait, en outre, d'opérer les mutations qui souvent s'imposent, pour un malade qui, suivant l'évolution de ses lésions, peut gagner à passer d'un climat de plaine à un climat de montagne, ou inversement, qui, du point de vue moral aussi, parfois, peut trouver un regain d'espoir ou de vitalité dans un changement rompant la monotonie de sa vie inactive (J. Godard).

La *période intermédiaire* comprend, à notre idée, ce laps de temps où le malade n'est pas encore en état de se mêler à nouveau à la société, mais où il n'est plus suffisamment

invalide pour supporter, sans danger, l'inaction. Elle doit être employée à la réadaptation du sujet à la vie sociale et à un nouveau métier s'il y a lieu. Nombreux sont, en effet, les malades qui aggravent des lésions, au cours de l'exercice de leur profession, non pas directement, mais par le fait que l'effort demandé, normal pour un homme sain, dépasse les possibilités d'un individu déjà débilité, ou par le fait que cette profession les met dans des conditions d'hygiène ou des conditions atmosphériques défavorables. Un docker, par exemple, exposé aux courants d'air des quais, un plongeur de restaurant qui passe sa journée de travail dans une souillarde mal aérée, ne peuvent que rendre leurs lésions plus graves. Que ces gens soient soignés, stabilisés par un sage séjour en établissement de cure, il n'en reste pas moins que, pour eux, la reprise de la profession antérieure fera courir de gros risques à une santé encore chancelante. Ne pourrait-on pas utiliser cette période intermédiaire à faire un essai d'adaptation du malade à une profession nouvelle, en le gardant toujours, sous surveillance médicale, en un régime de « liberté surveillée » en quelque sorte, surveillance qui aurait pour but non seulement de juger la capacité de reprise du travail, la résistance à l'effort, mais encore de doser cet effort pour le faire arriver à son plein rendement au moment même où le rétablissement physique atteindrait son apogée ? Comment pourrait-on envisager cette réadaptation ? De deux façons différentes : ou bien le malade reviendrait directement dans son milieu, essaierait, de sa propre initiative, une nouvelle profession, après s'être mis sous la surveillance de son médecin traitant. C'est ce qui se fait en principe, dans la majorité des cas ; ou bien, il passerait auparavant par une « centre de réadaptation », que l'on pourrait annexer soit au sanatorium, soit plutôt à l'hôpital de placement d'urgence. Cette dernière solution paraîtrait théoriquement plus favorable parce qu'elle permettrait au malade de reprendre contact avec les conditions de vie, le climat de la région où il doit se fixer à nouveau ;

parce qu'aussi elle profiterait d'une surveillance médicale plus facile, donc plus active. Le malade reprendrait avec d'autant plus d'ardeur et de goût ses essais qu'il se sentirait davantage au sein d'éléments familiers.

Sous quelle forme pourrait-on faire fonctionner ce centre de réadaptation ? Soit en n'utilisant que des malades stabilisés que l'on ferait travailler progressivement, le produit de leur travail payant leur entretien et diminuant ainsi les frais généraux; soit en créant et en confiant les soins du fonctionnement aux malades, de petites industries qui pourraient, à la longue, devenir prospères. Ne voit-on pas la main-d'œuvre des asiles d'aliénés, formée en grande partie par des malades qui font le pain, la farine et bien d'autres choses, sous la surveillance et la direction des compétences administratives ? N'existe-t-il pas une école de rééducation des mutilés de guerre ? N'a-t-on pas vu de tous les temps, dans l'armée, une réalisation bien imparfaite certes, mais combien vivante, de cette adaptation de l'individu à des nécessités nouvelles ? On nous opposera que tout cela peut exiger des mises de fonds qui dépassent les possibilités des caisses. Mais nous aurons affaire là à une caisse unique, alimentée par un prélèvement sur toutes les cotisations versées, qui peut obtenir, étant donné son orientation, des subsides supplémentaires, des secours de l'Etat. Et puis, la lutte entreprise est de longue haleine et les réalisations peuvent s'échelonner sur des années. L'Administration de l'assistance publique ne nous offre-t-elle pas un bel exemple de ce que peut un organisme qui veut ? Et dans le cas de la lutte antituberculeuse, la nécessité est si impérieuse que l'on ne peut que vouloir, et de toutes ses forces.

III. — *La postcure.*

C'est le dernier problème qui nous intéresse. Il est évident qu'une Caisse autonome, pour puissante qu'elle soit, ne peut le régler seule. Il lui faut et le secours de l'Etat et l'aide

financière des particuliers, puisqu'il consiste surtout, à notre sens, en une suppression définitive du taudis, en une réorganisation hygiénique des vieux quartiers des villes, en une répartition plus égale, entre tous, de l'air et de la lumière. C'est toute la question de l'urbanisme, et elle dépasse singulièrement le cadre des assurances sociales. Nous ne croyons que très légèrement aux possibilités, à l'avenir du logement sanatorium ou du village de tuberculeux. Ce qu'il faut donner au stabilisé, lorsque son état de santé lui permet de revenir vers les siens, c'est une maison gaie, accueillante, qui ne puisse lui rappeler en rien les mauvais moments qu'il vient de vivre. Ce qu'il faut lui conserver, ce sont les bonnes habitudes de vie calme et sobre qu'il a prises. Ce qu'il faut obtenir du reste de la société, c'est qu'elle le reçoive, non comme un être diminué, mais comme un membre qui a encore sa place et son utilité dans la vie de la communauté. Ce qu'il faut, enfin et surtout, c'est que le malade continue, avec une persévérance jamais démentie, à se faire suivre par son médecin, et c'est en ce sens que le carnet de santé prend toute sa valeur.

Tels sont, schématiquement développés, les moyens que nous croyons pouvoir être utilisés pour lutter contre la tuberculose. Ils ont tous été mis en œuvre, à n'en pas douter, mais nous voudrions voir tenter un essai d'organisation à direction unique. Nous avons l'impression d'efforts trop dispersés. L'organisation des assurances sociales constitue une machine importante qui pourrait tenter cet essai, après les modifications d'ordre législatif et administratif dont nous avons parlé.

CONCLUSIONS

Nous avons essayé d'exposer, dans des développements que nous aurions voulu meilleurs, certes, et plus lumineux, les imperfections de la loi de 1928, en ce qu'elle concerne la lutte antituberculeuse. Nous avons abordé, sans espoir de leur donner une solution satisfaisante, mais avec le désir ardent d'apporter notre contribution, si modeste soit-elle, à cette lutte, les questions importantes de l'invalidité, du secret médical, de la liberté individuelle, encore bien controversées. Nous restons convaincu que si le cadre des assurances sociales se prête admirablement, et par les moyens dont il dispose et par la clientèle à laquelle il s'adresse, à un essai de synthèse des efforts entrepris, cet essai doit être tenté, sans que soient perdues de vue certaines données objectives dont nous voudrions faire nos conclusions, à savoir :

1° Nécessité de voter une loi spéciale ou un additif à la loi de 1928, qui envisagerait le problème de la tuberculose et jetterait les bases des efforts à entreprendre.

2° Limitation de la liberté individuelle des malades sous sa forme la plus anodine : l'obligation de se soigner, avec, comme corollaire, la possibilité pour tous de le faire.

3° Indépendance complète des médecins conseils vis-à-vis des Administrations dont ils font partie, en ce qui concerne les questions purement médicales, avec aménagement du secret professionnel entre confrères, médecins traitants et médecins des caisses, pour les questions d'ordre médical concernant les assurés.

4° Réformes d'ordre administratif dans le cadre des assurances sociales, créant une caisse autonome de la tuberculose, alimentée par les versements des diverses caisses, au prorata du nombre de leurs adhérents, et aidée dans sa gestion par des centres régionaux médico-sociaux, ceci pour éviter les retards dans les liquidations de pension.

5° Fixation d'un taux d'invalidité, laissant au médecin une marge de manœuvre suffisante pour lui permettre de s'attaquer à la maladie, à quelque degré qu'elle soit.

6° Octroi d'une pension d'invalidité suffisante pour permettre au tuberculeux en traitement de faire vivre sa famille normalement.

7° Organisation de la prévention et de la post-cure avec le même soin que la cure elle-même.

8° Création pour chaque individu, dès sa naissance, d'un carnet de santé tenu à jour, et permettant, quand besoin est, d'avoir des renseignements précis sur ses antécédents pathologiques.

9° Création de centres de réadaptation professionnelle, en s'inspirant du système institué pour la rééducation des mutilés de guerre, ou de tout autre moyen jugé plus adéquat.

Tels sont les points essentiels que nous avons essayé de développer dans un travail sans prétention, qui nous a plus intéressé que nous n'avons l'impression de l'avoir réussi.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

Vu, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. LANDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lè Recteur de l'Académie,

Bordeaux, le 13 décembre 1938.

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER. — La trop longue attente des départs en sanatorium. *Vers l'Avenir*, nov. 1934.
- AMSLER et FÉVRIER. — Diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires. *Revue de phthisiologie médico-sociale*, n° 4, 1929.
- ARBOGAST. — Conseils pratiques donnés aux malades des sanatoria populaires. Institut d'assurances sociales de Strasbourg.
- Armements antituberculeux de la Belgique. Ligue nationale belge contre la tuberculose. Bruxelles, 1929.
- Armements antituberculeux français. Comité national de défense contre la tuberculose. Masson, 1934.
- ARNAUD (J.). — L'avenir des tuberculeux. *Presse médicale*, 12 oct. 1935.
- AURIACOMBE. — Réadaptation du tuberculeux au travail et assistance postsanatoriale. Thèse Paris, 1933.
- BAILLET. — Village sanatorium. Sanatorium. Hôpital-Sanatorium. *Presse médicale*, n° 99, 1926.
- Le rôle éducatif du Dispensaire. *Bull. de la Soc. des méd. de dispens.*, juin 1927.
- BELLIÈRE. — Dépistage, contrôle, traitement, prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel ouvrier et infirmier de l'assistance publique de Paris. Thèse Paris, 1932.
- BERNARD (Etienne) et DREYFUS-SÉE. — Lenteur et difficultés des placements en station de cure des tuberculeux adultes et enfants. *Revue de la tuberculose*, juill. 1936.

- BERNARD (Léon). — La lutte contre la tuberculose : les méfaits de la cure libre et de la cure individuelle surveillée. *Bull. ouvrier des A. S.*, avril 1934.
- La valeur des mesures de prophylaxie sociale antituberculeuse. *Rev. de phthisiologie méd. soc.*, 1925, n° 1.
- BERNARD (Léon) et PAPWORTH. — Une solution au problème social de la tuberculose. *Presse médicale*, avril 1924.
- BEZANÇON (A.). — La loi sur les assurances sociales et les dispensaires d'hygiène sociale. *Rev. de phthisiol. méd. soc.*, n° 1, 1928.
- BONNECASE. — La notion de droit.
- Le droit disciplinaire dans l'exercice de la médecine. Paris, 1930.
- BRAUD. — Organisation de la prophylaxie antituberculeuse dans les districts ruraux. Rapport à la VI^e Conférence internationale de la tuberculose, Rome, 1928.
- BRISAUD. — L'assistance postsanatoriale. *Marseille médical*, n° 15, 1928.
- BRONKHORST et SERRAENS (d'Utrecht). — Assistance aux tuberculeux après sanatorium. *Bull. internat. d'hyg. publ.*, n° 7, 1924.
- BROUARDEL. — *Le secret médical*. 1893.
- BUISSON. — Entretien sur les assurances sociales. C. G. T., 1930.
- CAMPBELL, KLEIN et GRANT THOMBURN. — Du bureau de placement pour tuberculeux. *Bull. de l'Union internat. contre la tubercul.*, n° 3, 1929.
- CIBRIÉ et TOCHEPORT. — Clairvivre, erreur médico-sociale. *Le siècle médical*, 4^{er} oct. 1933.
- COLLET. — Le problème postsanatorial, la cité pour tuberculeux. Thèse Bordeaux, 1932.
- DEBRYE et LELONG. — Sur la prophylaxie de la tuberculose. *Le Monde médical*, juin 1933.
- DUGUIT. — Traité de droit constitutionnel.
- EBER. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax dans le cadre des assurances sociales d'Alsace-Lorraine. *Rev. de phthisiol. méd.-soc.*, n° 6, 1925.
- ERICAN. — La cure de travail dans la tuberculose. Thèse Toulouse, 1932.

EYLAUD. — Les assurances sociales. L'invalidité. La prévention. *Gaz. méd. du Sud-Ouest*, 15 févr. 1938.

— L'évolution sociale de la médecine par rapport à la loi sur les assurances sociales. *La médecine internationale*, 1937-1938.

— La fonction médicale par rapport à la loi sur les assurances sociales. *La médecine internationale*, année 1934.

— Précis d'assurances sociales à l'usage des médecins. Laboratoires Midy.

FABRE. — La reprise du travail chez les tuberculeux. Thèse Lyon, 1938.

FISCHER. — Au sortir du sanatorium, la réadaptation sociale du tuberculeux constitue un problème délicat. *Concours médical*, 14 juill. 1935.

FOURNIER. — Préservation des tuberculeux et vie familiale. Spès, 1934.

FRENKEL. — Les œuvres postsanatoriales. Thèse Toulouse, 1930.

GODARD (J.). — Assurances sociales et lutte antituberculeuse. Thèse Paris, 1930.

— Les caisses d'assurances sociales et la lutte contre la tuberculose. *Bull. de document. de l'Union des caisses d'A. S. de la région parisienne*, Seine, 1935.

— Cure individuelle surveillée des tuberculeux. *Rev. de phthisiol.*, n° 3, 1934.

GRIESER. — Le rôle de la prévention dans les assurances sociales. *Rev. internat. du travail*, juin 1927.

GUINARD (L.). — Stations et établissements de cure pour tuberculeux. La réglementation à leur appliquer. *Rev. de phthisiol.*, sept. à déc. 1931.

— Principaux éléments de la lutte contre la tuberculose. Dispensaires et sana. *Bull. de la Soc. des médecins de sana*, juill. 1935.

— Assistance postsanatoriale. *Rev. de phthisiol.*, sept.-oct. 1932.

GUYOT. — La tuberculose. *Bull. ouvrier des A. S.*, oct.-nov. 1934, p. 152 à 159.

- HAZEMANN. — Une cité sanitaire française pour tuberculeux. *Ann. d'hygiène publique*, juin 1933.
- Economie sociale et tuberculose. *Bull. de l'Union des caisses d'A. S. de la région parisienne*, juill. 1937.
- La postcure des tuberculeux et les collaborations mises en œuvre. *Mouvement sanitaire*, 1934.
- HÉGERT-GILBERT. — Déontologie médicale. Edit. Ferdinand Larcier, Bruxelles.
- HIRSCHBERG. — Les logements sanatoria. *Paris médical*, janv. 1931.
- HUBERT (E.). — Le devoir du médecin. Edit. Firme Charles Beyaert, Bruges.
- Journal des débats*, 1838 : Discussion à la Chambre des Pairs de la loi sur les aliénés.
- KANTOROVICZ. — Die Tuberkulosesterblichkeit und ihre Sozialen Ursachen. Thèse Berlin, 1930.
- KOLPENITZKI. — Le logement sanatorium. Thèse Paris, 1936.
- KUSS. — Quels tuberculeux admettre et conserver dans les sanatoriums publics ? *Bull. de la Soc. des méd. de dispens.* 1923.
- LÉANDRI. — L'avenir du tuberculeux à la sortie du sanatorium. Thèse Lille, 1932.
- LEFÈVRE. — Les logements sanatoria. Thèse Paris, 1925.
- LEGENDRE et LEPAGE. — Le médecin dans la société contemporaine. Masson, 1902.
- LE GENDRE et RIBADEAU-DUMAS. — Déontologie. Maloine et fils, éd., 1920, Paris.
- LEMOINE. — Application des assurances sociales à la lutte antituberculeuse en Alsace-Lorraine. Thèse Lille, 1927.
- LORION. — Le logement du tuberculeux. *Mouvement sanitaire*, août 1932.
- MAC DARGALL. — A resume of five years work at a village settlement for tuberculosus ex-Service men. *Tubercle*, n° 7, 1930.
- MARTIN (Et.). — Précis de déontologie.
- MILLER et GEBHERALT. — L'hôpital familial. *American review of tuberculosis*, n° 6, 1925.

- NICOLAS. — Considérations sur l'adaptation au travail du tuberculeux pulmonaire. Thèse Lyon, 1933.
- PIÉCHAUD (F.). — La surveillance du tuberculeux en traitement. *Gazette médicale de France*, 15 déc. 1936.
- PLANIOL et RIPERT. — Droit civil français.
- RABA. — La notion d'invalidité en assurances sociales. *Bulletin médico-social*, juin 1938.
- Comment évaluer le taux d'incapacité de travail chez l'assuré social invalide ? *Bulletin médico-social*, oct. 1938, n° 2.
- Contribution à l'étude de la fin de l'invalidité et de la guérison apparente chez les tuberculeux pulmonaires invalides (article inédit).
- ROUX. — Placement des tuberculeux. *Bull. de la Soc. des médecins de sana*, 1929.
- SALIÉ. — L'avenir social des tuberculeux. Thèse Bordeaux, 1934.
- SERGENT. — La maison de convalescence prolongée, organe indispensable de la lutte antituberculeuse. *Paris médical*, n° 1, 1922.
- SHUTHERS et HITT. — Ateliers pour tuberculeux. *Bull. de l'Office internat. d'hygiène*, oct. 1926.
- TOPSENT. — Tuberculose et assurances sociales. *Bull. de la Fédération des syndicats médicaux*, n° 8, 1926.
- TROTOT. — Suggestions sur la lutte antituberculeuse sociale. *Vie médicale*, n° 21, 10 nov. 1935.
- VERGER (Henri). — Précis de déontologie médicale.
- WOLFSON. — Les villages de tuberculeux en Angleterre. Thèse Paris, 1924.

